



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO

Autor: Dario Mcluhan Brites Tolentino, N.º 3300

Mindelo, Julho de 2017

Trabalho de conclusão de curso apresentado á universidade do Mindelo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Autor:

Dario Mcluhan Brites Tolentino

**O Enfermeiro na Prevenção do Abandono Terapêutica pelos Utentes com Tuberculose
em São Vicente**

Orientadora:

Zemira do Rosário Dinis

Mindelo, julho de 2017

Dedicatória

Primeiramente dedico este trabalho a minha mãe, Arlinda Maria Conceição Brites Tolentino, pela presença constante na vida e pelo incentivo e também á minha querida avó Balbina Brites pelo apoio e por acreditar em mim.

Agradecimento

Em primeiro queria agradecer a Deus por estar sempre do meu lado, principalmente nas horas de desespero.

Agradecer a minha mãe, aos meus irmãos, Hugo Tolentino e Evaldo Tolentino pelo o incentivo e o apoio incondicional.

Agradecer meus avós Balbina Brites e Manuel Brites pela força e incentivo que tem me dado durante essa trajetória.

Agradecer aos meus colegas de curso que fizeram parte de mim e desse caminho que trilhamos nesses quatro anos.

Agradecer ao meu tio José Brites pelo apoio incondicional e por acreditar em mim.

A minha Orientadora, Enfermeira Zemira Dinis, pela dedicação, paciência e disponibilidade com que me orientou/ guiou durante esta pesquisa.

Aos meus professores, que foram e são um incentivo no meu processo de desenvolvimento intelectual e pessoal.

Aos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente, Aleida Fortes, João Cruz, Maciel Almeida e Marlinda Silva que tiveram um papel fundamental na realização do meu estágio profissional.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta pesquisa fosse concluída.

O meu sincero: muito obrigado!

Resumo

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública, tendo acompanhado a tendência mundial, ocupando a segunda posição como causa de morte, estimando em média que um terço da população mundial esteja infectado pelo bacilo de Koch.

Devido a sua fácil transmissibilidade, qualquer pessoa pode ficar infectada; o desenvolvimento da doença acontece quando o sistema imunitário enfraquece, o que facilmente se verifica em contextos de pobreza e de infeção pelo VIH.

Considera-se que, para a redução das taxas de abandono de tratamento, é prioritário o conhecimento dos fatores associados a esse abandono, no sentido de reorientar as pessoas em tratamento de TB para práticas e cuidados de saúde, surge a necessidade de conhecer o estado atual do conhecimento sobre o assunto.

Este estudo tem como objetivo conhecer o contributo dos enfermeiros da DSSV na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com tuberculose em São Vicente. O trabalho de pesquisa caracteriza-se como um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório.

Durante a sua realização, os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, dirigidas a quatro (4) enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente.

Na análise de conteúdo notou-se que a organização do trabalho dos enfermeiros na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com TB não se efetua de forma isolada mas sim de forma interdisciplinar no sentido de dar respostas as necessidades dos utentes, as famílias e a comunidade em geral. Daí o enfermeiro se define como sendo um educador essencial para o controle da tuberculose, transmitindo informações tanto para o utente como para a família e por conseguinte a comunidade.

Palavras-chave: Tuberculose, Enfermagem, Tratamento, Abandono de Tratamento, Prevenção, Delegacia de Saúde de São Vicente.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a serious public health problem and has followed the world trend, occupying the second position as a cause of death, estimating on average that one third of the world population is infected by the Koch bacillus.

Because of its easy transmissibility, everyone can get infected; the development of the disease occurs when there is weakness of the immune system, which easily occurs in contexts of poorness and HIV infection.

It is considered that, in order to reduce the rates of treatment and abandonment, it is a priority to know the factors associated with such abandonment, in order to redirect people in TB treatment for health practices and care, so there is a need to know the current state and knowledge of the subject.

This study aims to know the contribution of **DSSV** (Health Delegate of St Vincent) nurses, in the prevention of the treatment and abandonment by tuberculosis patients in São Vicente. The investigation research work, is considered as a qualitative, descriptive study. During its accomplishment, the data were obtained through semi-structured interviews, with four (4) nurses of the Health Department of São Vicente (**DSSV**).

In the content analysis it was observed that the organization of nurses' work in the prevention of therapeutic abandonment by TB users is not carried out in an isolated way, but in an interdisciplinary way in order to respond to the needs of users, families and the community in general. Hence the nurse defines himself as being an essential educator for the control of tuberculosis, transmitting information to both the patient and the family and therefore the community.

Keywords: Tuberculosis, Nursing, Treatment, Treatment Abandonment, Prevention, St Vincent Health Office.

Lista de abreviaturas

S.V- São Vicente

DSSV - Delegacia de Saúde de São Vicente

DGS - Direção Geral de Saúde

HBS - Hospital Baptista de Sousa

TB - Tuberculose

TP - Tuberculose Pulmonar

TEP - Tuberculose Extra Pulmonar

R- Rifampicina

H - Isoniazida

Z - Pirazinamida

E - Etambutol

S - Estreptomicina

Comp - Comprimidos

S/I - Sem local

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNLTL - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra

Mt -Mantoux

MS -Ministério de Saúde

ONGs - Organizações não-governamentais

USB - Unidade Básica de Saúde

EPS - Educação para Saúde

PS - Promoção de Saúde

SR – Sintomático Respiratório

BCG – Bacilo Calmette Guerin

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS - Sistema Única de Saúde

IST – Infecções Sexualmente Transmissível

PCR – Proteína C Reativa para detetar inflamação no organismo

P - Página

PNCT – Plano Nacional Contra Tuberculose

HIV – Vírus Imunodeficiência Humana

TB-MDR – Tuberculose Multiresistente

Incid - Incidência

Prev - Prevalência

INECV - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

BAAR - Bacilo álcool-ácido resistente

M – Masculino

F – Feminino

Índice Geral

INTRODUÇÃO	14
JUSTIFICATIVA	16
PROBLEMÁTICA	17
CAPITULO I- ESTADO DE ARTE	27
1.1 Histórico da Tuberculose	28
1.2 Conceito da Tuberculose.....	29
1.3 Formas transmissão.....	30
1.4 Sinais e Sintomas	31
1.5 Fatores de risco	33
1.6 Tratamento	34
1.6.1 Objetivos do Tratamento.....	34
1.6.2 Elementos para Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar.....	34
1.6.3 Abordagem terapêutico com a pessoa com diagnóstico de TB.....	38
1.7 Tratamento Preventivo.....	41
1.8 Rastreio	41
1.9 Cuidados de enfermagem	42
1.10 O papel do enfermeiro no controlo da TB	43
1.11 Interação enfermeiro-paciente na adesão ao tratamento da tuberculose.....	44
1.12 Contribuição do enfermeiro na redução da incidência da TB e no abandono do tratamento.	46
1.13 Educação para saúde do utente	48
1.14 Promoção de saúde	49
1.15 Abandono de Tratamento.....	51
1.16 Representações Sociais Para Pessoas Com Tuberculose e Profissionais Da Saúde	53
CAPITULO II- FASE METODOLOGICA	54
2.1 Fundamentação metodológica	55
2.2 Tipo de estudo.....	55
2.3 Instrumento de recolha de informações	56
2.4 Seleção dos participantes	57
2.5 Caracterização da população.....	58

2.6 Aspetos éticos e legais	59
2.7 Caracterização do Campo Empírico	60
CAPITULO III - FASE EMPIRICA	62
3.1 Análise e discussão dos resultados	63
3.2 Conclusão dos resultados	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
Apêndices:	86
Apêndice 1- Guião de entrevista dirigida aos Enfermeiros da delegacia de saúde S.V.	86
Roteiro de Entrevista	86
Apêndice 2: Consentimento Informado.....	87
Anexo 1- Requerimento.....	88

Índice de Apêndices

Apêndice 1: Guião de entrevista dirigida aos Enfermeiros da delegacia de saúde S.V82

Apêndice 2: Consentimento Informado.....83

Índice de Tabelas

Tabela 1: Incidência e prevalência da tuberculose por Delegacia de Saúde em 2013.....	20
Tabela 2: Casos novos de BK (+) Positivo e BK (-) Negativo por faixa etária.....	21
Tabela 3: Casos novos de BK (+) positivo e BK (-) negativo por sexo.....	22
Tabela 4: Resultados do tratamento dos casos de tuberculose 2014.....	23
Tabela 5: Resultados de tratamento dos casos de tuberculose 2015.....	24
Tabela 6: Plano de Cuidado: do Paciente Hospitalizado.....	36/37
Tabela 7: Esquema terapêutico da Categoria I.....	39
Tabela 8: Esquema terapêutico da Categoria II – Casos de Retratamento.....	40
Tabela 9: Características da população do estudo - Enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente.....	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem.

Trata-se de uma monografia que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica. A realização deste trabalho deste trabalho pretende-se ser pertinente, objetiva, e sistemática.

O tema eleito para esta pesquisa é: O Enfermeiro na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com tuberculose em São Vicente.

A TB continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover o seu controlo, ainda não há perspectiva de obter-se, num futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidas.

A motivação pessoal e a curiosidade científica também contribuíram para escolha do tema, uma vez que aprofundar os conhecimentos é sempre um objetivo pessoal de qualquer trabalho científico. Além de que, contribuir para elaboração de estratégias assentes em bases científicas para o controlo e prevenção do abandono terapêutica e melhoria da assistência de enfermagem também foram fatores impulsionadores para a realização deste trabalho.

No que tange a estrutura é de frisar que o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos para melhor perceção do tema. Em que o primeiro momento encontra-se a justificativa e a problemática da escolha do tema, com um breve apresentação e a exposição dos objetivos do trabalho.

O primeiro capítulo corresponde ao estado de arte do estudo, onde faz-se apresentação dos principais conceitos extraídos dos objetivos do trabalho. No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica, onde define-se o método científico utilizado, a população alvo da pesquisa, os métodos e instrumentos de colheita de dados, os procedimentos éticos para a sua elaboração e tratamento dos dados obtidos.

No terceiro e último capítulo corresponde-se a fase empírica dando ênfase análise e comunicação de resultados. E o percurso da investigação termina com a apresentação das referências bibliográficas, Apêndices e requerimentos elaborados bem como as considerações finais seguido das propostas.

É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico proposto pelo Doutor Albertino Graça, nos livros Introdução à Investigação Científica: Guia para investigar e redigir publicada no ano 2014.

JUSTIFICATIVA

O tema elegido é “O Enfermeiro na prevenção do abandono terapêutico pelos utentes com tuberculose em S. Vicente” por tratar-se de uma área dos cuidados de enfermagem que sempre suscitou interesse e sobre o qual pretende-se desenvolver e aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema e conseguir identificar as possíveis intervenções de enfermagem e evidenciar a importância do contributo do profissional de saúde no contexto da prevenção do abandono da terapêutica por parte do utente.

A escolha da temática desta investigação vai de encontro ao interesse pessoal, académico e ainda profissional. Em termos pessoal, realça-se que as vivências durante os ensinamentos clínicos principalmente o penúltimo que foi realizada na Delegacia de Saúde de São Vicente onde teve oportunidade de trabalhar e lidar de perto diariamente com os utentes com tuberculose onde acabou por influenciar a escolha do tema referido.

Nos ensinamentos clínicos constatou-se a necessidade de uma assistência de enfermagem de qualidade aos utentes hospitalizados e os pós hospitalizados dando seguimento terapêutica nos centros de saúde e na Delegacia de Saúde de São Vicente apontando um maior controlo e melhoria de saúde aos utentes.

Portanto dessas experiências vivenciadas, como académico de enfermagem foi estimulado a conhecer as atividades do enfermeiro dentro da equipe desse tipo de serviço.

Em termos profissional, para que eu possa ganhar mais experiência e destreza a nível prático comparando sempre com a teoria estudada ao longo do percurso académico, e também pelo facto da tuberculose ser um problema de saúde pública, que ainda afeta a população a nível mundial e em Cabo Verde em específico.

Sendo assim, foi necessário aprofundar a temática e a problemática de modo a ter maiores conhecimentos pessoais e dar a respetiva população conhecimento da doença, suas causas e consequências, a par disto despontou-se a curiosidade, conhecer as metodologias e intervenção utilizadas perante tais situações.

Considera-se que este estudo é pertinente, pois pode contribuir para aprofundar o conhecimento do tema, para o desenvolvimento das capacidades e competências pessoais e

profissionais, bem como a aquisição de novos conhecimentos e perspectivas de diversos autores em relação ao mesmo.

PROBLEMÁTICA

A escolha do tema é motivada não só pelos interesses pessoais e académicos mas também profissionais, sustentada sobretudo na transição epidemiológica vivenciada no nosso país daí surge a necessidade de recorrer a dados estatísticos de outros países estrangeiros bem como a organização mundial de saúde e em específico Cabo Verde, tendo em conta os objetivos do trabalho de investigação debruçar sobre os casos de tuberculose realizados na Delegacia de Saúde de São Vicente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de 10,4 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose em 2015; 1,5 milhão de homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose em 2014. Incluindo 400 mil pessoas vivendo com HIV; 1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose; em 2014, 480 mil pessoas desenvolveram tuberculose multidroga resistentes, com 190 mil mortes associadas (Organização Mundial de Saúde, 2015, p. 7).

Estima-se que um terço da população mundial esteja infetada pelo bacilo de Koch. As regiões da África e Ásia são as que apresentam maior risco para adoecimento. Seis países foram responsáveis por 60% dos novos casos de tuberculose no mundo em 2015: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul (OMS, 2015, p. 7).

No ano em que o relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a tuberculose (TB) como a doença infecciosa mais mortal do planeta, surpreendendo pela primeira vez a aids, a necessidade de repensar as estratégias de prevenção e controlo da TB se torna ainda mais evidente. As estimativas apontam que a doença matou 1,5 milhão de pessoas em 2014, contra 1,2 milhão de vítimas do HIV.

No Brasil, a atuação do programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é de fundamental importância para a redução da morbidade e mortalidade da TB. Os sucessos

do PNCT tem sido enormes, mas apesar da redução em 38,4% na taxa da incidência de 35,8% na taxa de mortalidade, de 1990 a 2010, o país ainda figurava entre os 22 países no mundo com maior carga desta doença (Maciel e Sales, 2016, p. 175).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 1,7 milhões de pessoas morreram por TB em 2009. No Brasil, a incidência média de casos na população por ano tem sido de 72/100.000, a incidência por casos novos com baciloscopia positiva de 48/100.000 população por ano e uma prevalência média de 36/000.000 casos por todas as formas de TB, e mortalidade por todas as formas de TB de 8.4/000.000 na população por ano. Dos casos diagnosticados em 2009, 64% são com baciloscopia positiva com sucesso de tratamento de 71%. A estimativa das taxas de detecção de casos em 2009 foi 72% (Assis e tal, 2012, p. 112).

Segundo dados do Ministério de Saúde, no ano de 2015 estima-se que 69 mil pessoas adoeceram com tuberculose, 4,5 mil homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose, 6,8 mil pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose, 1.077 pessoas desenvolveram tuberculose droga resistente. No ano de 2014, de total de casos novos pulmonares diagnosticados com confirmação laboratorial no país, 75,1% curaram e 11,3% abandonaram o tratamento da doença.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2015, p. 44):

“ em 2014, foram notificados 2264 casos da tuberculose dos quais 2080 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 21,8/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 20, 0/100.000 habitantes. Foi observada assim uma redução de cerca de 5% da taxa de notificação e de incidência entre 2013 e 2014. A distribuição por sexo mostrou que 63,4% dos casos de tuberculose ocorreram em indivíduos do sexo masculino. A idade média dos doentes foi de 48,5 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 54 anos o mais representado (39,8% dos doentes).”

O Relatório Global sobre a Tuberculose, da OMS, citado pela Lusa, 13 de outubro de 2016, refere ainda que, em Portugal, a taxa de mortalidade por tuberculose foi de 2,1

casos por cem mil habitantes. E que na Europa, a taxa de mortalidade foi de 3,5 casos por cem mil habitantes, tendo sido ultrapassada nos países do Leste.

A OMS estima que em 2015 tenham surgido 10,4 milhões de novos casos de tuberculose no mundo, dos quais 5,9 milhões (56%) entre homens, 3,5 milhões (3,4%) entre mulheres e um milhão entre crianças.

Segundo o Ministério de Saúde (2015, p. 9) nos Estados Unidos, a carga da doença em 2015 “região das Américas representa cerca de 3,0% da carga mundial de tuberculose com 268 mil casos novos estimados, dos quais, Brasil (33,0%), Peru (14,0), México (9,0%) e Haiti (8,0%) não os países com maior carga; 18.500 óbitos estimados na região; 7.700 casos estimados de tuberculose multidrogas resistente (TBMDR); 31.600 casos estimados de TB-HIV; Brasil (casos de tuberculose todas as formas e TB-HIV) e Peru (TBMDR) são os dois países da região que estão persistentes na lista de classificação da OMS.”

De acordo com o Relatório ODM Cabo Verde (2015, p.61) declara que a melhoria na taxa de mortalidade específica por tuberculose, que no ano de 2013 foi de 2,9 por 100.000, passa para 1,2 por 100.000 habitantes em 2014. Regista-se também melhoria nos resultados do tratamento, situação que permitiu atingir uma taxa de sucesso de tratamento de 90,5% logo acima de 85% como recomendados pela OMS, o que reflete o impacto positivo das medidas aplicadas.

Contudo, considera-se que a taxa de incidência é relativamente alta - 51 por 100.000 em 2014, embora esteja aquém do teoricamente previsível pela OMS (150 por 100.000). Devido a este facto é apontada como um problema de saúde, sobretudo por ter-se verificado um aumento significativo tanto de prevalência como da incidência entre 2007 e 2012: a prevalência passou de 57,1 para 82,6 por 100.000 habitantes e incidência passa de 53,3 para 78,6 por 100.000.

Conforme um relatório global da tuberculose publicado no jornal *A Nação online* pela OMS: Cabo Verde registou 271 casos em 2015 mas diminuiu a incidência e prevalência. Segundo o diretor do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepre (PNLTL), Jorge Noel Barreto disse hoje que prevalência do número de casos novos da

tuberculose no país, em 2015, corresponde a 47 por mil e a incidência de 52 casos por 100 mil habitantes.

De acordo com este especialista Jorge Noel Barreto, as ações desenvolvidas no âmbito do PNLTL têm surtido efeito, pois, nos últimos três anos se tem verificado uma diminuição de números de casos desta doença no arquipélago, isso devido às melhorias de serviço no que respeita a diagnóstico, melhor abordagem dos casos, entre outros aspetos. Ele aponta, por outro lado, que o comportamento dos doentes com a sua adesão ao tratamento que lhes é ministrado tem contribuído também para uma diminuição da doença, facto, segundo disse, comprovado com o aumento da taxa de sucesso em 2015 que ronda os 93.5% (por cento) (Organização Mundial de Saúde, 2015, p. 17).

O trabalho de pesquisa será de grande relevância a nível nacional, visto que é um grande problema que tem vindo a afetar o nosso país. Será um ganho para a ilha de são vicente e também para o ministério de saúde, esclarecer sobre a importância de um enfermeiro na prevenção do abandono terapêutica por parte dos utentes com tuberculose em S.V.

Para melhor enriquecimento da problemática, sentiu-se a necessidade de recorrer a dados estatísticos como através de pesquisas, entrevistas. A apresentação dos dados obtidos será realizada através de tabelas, associados a textos narrativos. Pretendo desta forma fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão.

Tabela 1: Incidência e prevalência da tuberculose por Delegacia de Saúde em 2013.

Delegacia de Saúde	Ribeira Grande	Paúl	Porto Novo	S. Vicente	S. Nicolau	Sal	Boa Vista	Maio	Praia	S. Domingos	Santa Cruz	Santa Catarina	S. Miguel	Tarrafal	S. Filipe	Mosteiros
Taxa incid. p/cem mil	56	171	0	68	63	16	8	101	40	14	9	9	40	5	30	0
Taxa prev. p/cem mil	79	187	17	103	79	26	73	130	81	36	12	26	46	22	41	0

Fonte: INECV/MS2013 / Elaboração própria

De acordo com os dados do relatório estatísticos do Ministério de Saúde 2013, podemos constatar no quadro acima exposto as taxas de incidência e prevalência da tuberculose por Delegacias de Saúde por ilhas e concelhos em Cabo Verde.

O concelho de Paúl ocupa o primeiro lugar com uma taxa de incidência equivalente a 171 por cem mil habitantes com uma prevalência elevada de 187 por cem mil habitantes em relação a tuberculose.

Também, a ilha do Maio apresentou valores elevados com uma taxa de incidência de 101 por cem mil habitantes com uma taxa de prevalência de 130 por cem mil habitantes, se comparado com os demais concelho do país o que podemos concluir então que São Vicente ocupou o terceiro lugar com uma taxa de incidência de 68 por cem mil habitantes com uma taxa de prevalência de 103 por cem mil habitantes. Convém realçar que o concelho de Mosteiros não registou nenhum caso no ano 2013.

Tabela 2: Casos novos de BK (+) Positivo e BK (-) Negativo por faixa etária.

	BK (+)			BK (-)		
Faixa Etária	Ano			Ano		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
0-14	0	0	0	0	1	0
15-24	11	5	7	1	0	0
25-34	11	10	11	0	1	0
35-44	13	10	9	1	1	0
45-54	10	8	10	0	0	0
55-64	0	3	6	0	0	0
Maior 65	4	1	0	0	0	0
Total	49	37	43	2	3	0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados colhidos na Delegacia de Saúde de São Vicente.

De acordo com os dados obtidos na Delegacia de Saúde de São Vicente em relação ao número de casos de BK positivo por faixa etária, podemos observar que no ano de 2014 foram registados um total de 49 casos novos entre os 15-65 anos de idade, comparado com o ano de 2015 onde houve um ligeiro decréscimo para 37 novos casos.

Já no ano de 2016 constatamos que houve um ligeiro aumento para 43 novos casos em relação ao ano de 2015. Podemos concluir que no ano 2014 teve maior número de casos novos de BK+. Debruçando sobre aos BK negativos podemos observar que no ano de 2015 teve o maior número de casos novos. Já no ano de 2016 teve um ligeiro aumento com um total de 3 novos casos. Realça que em 2016 não registou nenhum caso novo em relação aos anos anteriores.

Tabela 3: Casos novos de BK (+) positivo e BK (-) negativo por sexo.

BK (+)												BK (-)											
Ano												Ano											
2014				2015				2016				2014				2015				2016			
Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
40	9	82%	18%	25	12	68%	32%	30	13	70%	30%	1	1	50%	50%	3	0	100%	0%	0	0	0%	0%
T=49		T= 100%		T= 37		T= 100%		T=43		T= 100%		T= 2		T= 100%		T=3		T= 100%		T= 0		T=100%	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados colhidos na Delegacia de Saúde de São Vicente

Baseado nos dados estatísticos obtidos através da Delegacia de Saúde de São Vicente, em relação ao número de casos novos de BK+ por sexo, podemos observar que no ano de 2014, o sexo masculino teve maior percentagem com um total de 82% tendo 2015 com 68%, e 2016 com 70%.

Quanto aos BK negativos constatamos que o ano de 2015 teve maior percentagem com um total de 100% para o sexo masculino, ainda podemos ver que no ano de 2014 teve um equilíbrio entre o sexo masculino e o sexo feminino de 50%, já no ano de 2016 não foi registado nenhum caso novo. Conclui-se que o sexo masculino esteve sempre em frente nesses 3 anos quanto aos números e percentagens em relação ao sexo feminino.

Tabela 4: Resultados do tratamento dos casos de tuberculose 2014.

	Total Registo	Curados	Tratamento Completo	Óbitos	Fracasso	Abandono	Não Avaliados
Casos Novos BK+	49	31	15	1	1	0	1
Casos Novos TP BK neg. E Extra pulmonar	21	0	20	0	0	0	1
Casos Novos TP BK não realizado	4	0	4	0	0	0	1
Casos de retratamento BK+	1	0	0	0	1	0	0
Todos os outros casos Retratamento	0	0	0	0	0	0	0
Total	75	31	39	1	2	0	2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados colhidos na Delegacia de Saúde de São vicente.

Em relação aos resultados de tratamento dos casos de tuberculose no ano 2014, podemos observar que teve um maior número de registos com um total de 75 casos comparado com o ano de 2015 que teve um total de 58 casos relativamente ao tratamento.

Dos 75 casos registados em 2014 observa-se que 31 saíram curados com baciloscopia negativa no fim do tratamentoe 39 tratamento completo que deu com baciloscopia não realizado ou seja sem expetoração para ser analisado, ainda teve 1 óbito, 2 fracassos, nenhum abandono, e 2 casos não avaliados que foram transferidos para outra delegacia, ou que viajaram para exterior (emigrantes) ou que ainda estiverem em tratamento.

Tabela 5: Resultados de tratamento dos casos de tuberculose 2015

	Total Registo	Curados	Tratamento Completo	Óbitos	Fracasso	Abandono	Não Avaliados
Casos Novos BK+	38	21	13	1	1	1	1
Casos Novos TP BK neg. e TB Extrapulmonar	9	0	7	0	0	1	1
Casos Novos TP BK não realizado	0		0	0	0	0	0
Casos de retratamento BK +	8	5	2	0	0	0	1
Todos os outros casos de Retratamento	3	0	3	0	0	0	0
Total	58	26	25	1	1	2	3

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados colhidos na Delegacia de Saúde de São Vicente.

Segundo os dados estatísticos da Delegacia de Saúde de São Vicente em relação aos resultados de tratamento dos casos de tuberculose no ano de 2015, podemos ver que dos 58 casos registados, 26 saíram curados, quer dizer que o resultado deu baciloscopia negativa no fim do tratamento.

Pode-se observar que teve 25 tratamento completo que deu baciloscopia não realizada ou seja não deu expectoração para ser analisado, 1 óbito, 2 abandono, 1 fracasso e 3 casos não avaliados que foram transferidos para outra delegacia, ou que viajaram para o exterior (emigrantes) ou que ainda estiverem em tratamento. Relativamente a “todos outros casos de retratamento” refere-se aos casos de retratamento que não tenham BK+.

Podemos concluir que no ano de 2015 teve um decréscimo considerável em relação ao número de casos registados no ano de 2014.

Na tentativa de procurar contribuir para a melhoria da assistência e atenção ao portador da tuberculose, propôs-se o presente problema de investigação e estudo com o objetivo de conhecer as atividades, estratégias e formas de atuação do enfermeiro bem como a sua intervenção na redução da morbimortalidade.

Para melhor dar seguimento ao estudo achou-se pertinente a elaboração do seguinte objetivo geral: Conhecer o contributo dos enfermeiros da delegacia de Saúde de São Vicente na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com TB na ilha de SV.

E na mesma sequência, para melhor responder ao objetivo geral, traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a atuação dos enfermeiros da DSSV na prevenção do abandono terapêutica da tuberculose por parte dos utentes;
- Identificar atividades dos enfermeiros da DSSV na assistência ao utente portador da tuberculose;
- Apontar possíveis dificuldades sentidas pelos enfermeiros da DSSV na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com tuberculose.

CAPITULO I- ESTADO DE ARTE

No desenvolvimento de um trabalho de investigação é fundamental a elaboração de enquadramento teórico, com o objetivo de conhecer a teoria existente sobre a temática escolhida.

Portanto neste capítulo será exposto conceitos inerentes a problemática em estudo, sendo importante a análise dos mesmos para dar a conhecer o que já foi estudado sobre o assunto e a matriz teórica vai ao encontro das hipóteses propostos. E dentro destes se destacam: tuberculose, um breve histórico da TB, os portadores TB, fatores riscos, o papel de enfermagem, abandono tratamento, adesão tratamento, representações sociais.

1.1 Histórico da Tuberculose

A tuberculose é uma doença que tem vindo a afetar muito a sociedade desde da antiguidade, provocando inúmeros mortes desde crianças até á população adulta, pela sua fácil forma de transmissão.

Campos (2006, p. 29) defende que “o *Mycobacterium tubeculosis*, que surgiu a cerca de 15.000 anos. O facto de ter sido detetado múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem 3.400 anos antes de Cristo”.

De acordo com o Ministério de Saúde Brasil (2011, p. 18) “a TB é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos, essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial.”

A descoberta do bacilo tuberculose *Mycobacterium tuberculosis* pelo alemão Robert Koch ocorreu em 24 de março de 1882. Em sua homenagem, o bacilo também é chamado de bacilo de Koch (Campos, 1996).

Para melhor entender Filho (2001, p. 29) relata que:

“o encontro entre o germe da tuberculose e a espécie humana levou o agente infeccioso a desenvolver estratégias de adaptação ao novo hospedeiro: além da perda da capacidade de multiplicação no meio exterior, o bacilo sofreu inicialmente um significativo aumento de virulência para, na comunidade, restringir sua capacidade destrutiva, tornando-se um comensável aceitável para os indivíduos e para os agrupamentos humanos. Nessas condições, o micróbio da tísica encontrou nos pulmões do ser humano um microecossistema favorável a sua sobrevivência, ganhando possibilidade de reprodução em um ambiente ao mesmo tempo quente e húmido, arejado e sombrio.”

Gomes et al (1992, p. 7) afirma ainda que “antes da descoberta dos antibacilares a sua elevada morbidade e mortalidade tornaram-na conhecida como “Peste Branca” por oposição a “Peste Negra”, cujas epidemias ficaram na memória dos homens.”

1.2 Conceito da Tuberculose

Segundo Almeida (1995, p. 11) “a tuberculose é sem dúvida, a doença mais espantosa que se conhece. Julgo poder afirmar sem receio de exageros que não há nem se conhece qualquer outra cujo comportamento seja semelhante a dela. ”

Os autores Ferreira e Amaral (1990, p. 60) acrescentam ainda que “a tuberculose é uma doença contagiosa endêmica em todas as regiões do mundo que afeta com maior frequência os pulmões, mas pode atingir a laringe, os ossos, a pele, os intestinos, os rins etc.”

No mesmo raciocínio com Monteiro et al (2015, p. 323) reforça a ideia de que “a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, evolui progressivamente de infecção para doença a partir do momento em que os macrófagos se tornam incapazes de fagocitar o bacilo.”

1.3 Formas transmissão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 90% das pessoas que entram em contato com o bacilo de Koch não desenvolvem a doença.

TB é transmitida quase sempre por um atire do contato direto como por exemplo, as pessoas que dormem ou trabalham na mesma sala, especialmente em ausência de uma boa ventilação (Lam.88). Quando uma pessoa inala gotículas infectadas, eles podem ser colocados em qualquer lugar nos pulmões ou vias aéreas. Os bacilos da tuberculose também podem entrar no corpo através do trato gastrointestinal quando se consome leite não pasteurizado por bovinos tuberculosos é carregado com expetoração bacilos ou engolidos (Frank e Netter 1984, p. 200-201).

Os autores Ferreira e Amaral (1990, p. 60) dividiram a forma de transmissão em dois meios: “**Contágio direto** onde realçou que é através de gotículas de saliva contaminada (tosse, espirro etc.) ou contatos sexuais” e que no **Contágio indireto**: “transmita-se através de alimentos e objetos contaminados ou do leite, proveniente de vacas tuberculosas”.

Porta de entrada

As mais vulgares são: “

- A via respiratória (inalação);
- A via digestiva (ingestão).

As mais raras são:

- A via génito-urinária;
- A via cutânea, quando há escoriações provocadas por objetos cortantes.”

Mas defende o autor Marques (2007, p.40) que a tuberculose “(...) não se transmite habitualmente, pelo contato com objetos, nem pela alimentação (...)”.

De acordo com PNLCTL (2012, p. 5) a transmissão depende sobretudo dos doentes BK positivo e está relacionada com: “

- O grande número de bacilos eliminados pelos doentes e detetados em exame bacteriológico direto (casos com baciloscopia positiva);
- A virulência e a capacidade de multiplicação do bacilo;
- A densidade do bacilo no ar respirado;
- Ambiente pouco ventilado;
- Contacto com os casos de baciloscopia (sobretudo contatos permanentes).”

1.4 Sinais e Sintomas

A contaminação pela tuberculose está associada a diversos factores sejam elas fisiológicas e ambientais.

Ferreira e Amaral (1990, p. 62) relatam que: os sintomas mais comuns da tuberculose são: “

- Febre geralmente pouco elevada (raramente superior a 38°C)
- Emagrecimento
- Fraqueza (astenia)
- Falta de apetite (anorexia)
- Suores noturnos
- Tosse com sangue
- Calafrios.”

Conforme o autor Marques (2007, p. 23) refere que:

“o doente característico é um adulto jovem que anda a sentir-se fraco há semanas, diz-nos ainda que tem tosse que não tinha antes acompanhada de alguma expectoração embora escassa, fala-nos de febre, geralmente pouco elevada, entre 37.5°C e 38°C quase sempre aos finais de tarde, as vezes raramente diz-nos que expulsou sangue, sempre com a tosse.”

De acordo com os autores Hokenberry, Wilson e Wilkenstein (2006, p.808) afirmam que: as manifestações clínicas podem ser **assintomáticas ou apresentar uma ampla de sintomas tais como:**“

- Febre;
- Mal-estar;
- Anorexia;
- Perda de peso;
- A tosse pode ou não pode estar presente (progride lentamente ao longo de semanas ou meses);
- Dor aguda e rigidez no tórax;
- Hemoptise rara;

Com progressão:

- A frequência respiratória aumenta;
- Expansão deficiente do pulmão do lado afetado;
- Sons respiratórios diminuídos e crepitações;
- Som maciço a percussão;
- A febre persiste;
- Sintomas generalizados se manifestam;
- Palidez;
- Anorexia;
- Fraqueza e perda de peso.”

A semelhança de ideia dos autores Hokenberry, Wilson e Wilkenstein (2006, p. 808), Siqueira (2012, p. 16) acrescenta que “os principais sintomas e sinais da tuberculose também chamados de marcadores clínicos são:

- Tosse;
- Expetoração;
- Imunodepressão por qualquer causa, alcoolismo ou diabetes;
- Contato recente com caso bacilífero;

- História de tuberculose;
- Sudorese noturna abundante;
- Fraqueza.”

Segundo o Ministério de Saúde (2011, p.36) que “além da TB pulmonar, a tosse pode ocorrer também em um grande número de outras doenças, como infecções agudas respiratórias, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.”

1.5 Fatores de risco

São vários os factores de risco que os indivíduos estão sujeitos, quando inseridos numa comunidade vulnerável á doenças.

Marques (2007, p. 26) aponta as populações mais susceptíveis de serem infetados com a bactéria bacilo de *Koch*: “

- Toxicodependentes;
- Os sem abrigos;
- Os emigrantes têm também mais tuberculose quando são provenientes de países com maior incidência pelas condições de vida mais difíceis do que as das restantes população nos países de acolhimento;
- O pessoal de saúde sobretudo dos hospitais, é também um grupo de risco especialmente exposto.”

Segundo o Conselho Internacional das Enfermeiras (2008, p.12) os fatores de risco combinados com sintomas da TB são fortes indicadores para avançar ainda mais com o diagnóstico e deteção precoce da doença. Alguns dos principais fatores de risco da TB incluem: “

- História de TB, pessoal ou entre amigos ou família;
- Imunidade comprometida, devido a doença, por ex. infecção por HIV;
- Abuso de álcool e drogas;
- Malnutrição.”

1.6 Tratamento

O tratamento é crucial para obter a cura da doença, sendo necessário recorrer a estruturas de saúde.

1.6.1 Objetivos do Tratamento

De acordo com o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra (2012, p. 25) defendem que objetivo do tratamento consiste em: “

- Curar o doente;
- Prevenir as recaídas;
- Prevenir a transmissão de M. tuberculosis a outros indivíduos;
- Prevenir a resistência aos fármacos;
- Prevenir a morte por TB.”

1.6.2 Elementos para Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar

Segundo Campelo et al (2002, p. 12) os meios necessários para diagnosticar a tuberculose pulmonar, são os seguintes:

A Historia clínica: ter tido contato, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tuberculose, apresentar sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispneia e astenia, presença de fatores de risco para desenvolvimento da TB doença (infecção pelo HIV, diabetes câncer, etilismo).

Exame bacteriológico: A baciloscopia direta do escarro é um método fundamental porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção – os casos bacilíferos. Esse exame, quando executado corretamente permite detetar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade.

A baciloscopia direta de escarro deve ser sempre solicitada para:

Pacientes adultos que procurem o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou qualquer outro motivo, mas que espontaneamente, ou em resposta ao pessoal de saúde, informem ter tosse e expectoração por três ou mais semanas, pacientes que

apresentam alterações pulmonares na radiografia do tórax, contatos de casos de TP bacilíferos que apresentam queixas respiratórias.

Ainda o mesmo autor, (Campelo, 2002, p. 13) recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro:

Primeira amostra: coletada quando o sintomático procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum.

Segunda amostra: coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta de secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

A cultura do bacilo de koch:

A cultura para a *M. tuberculosis* é indicada para:

- Os suspeitos de tuberculose negativos ao exame direto de escarro;
- Os diagnósticos das formas extrapulmonares – como meningencefálicas, renal, pleural, óssea, ou ganglionar;
- Os casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas quando deve ser realizado o teste de sensibilidade;
- Os casos de suspeita de infecção por micobactérias não-tuberculosas, notadamente nos doentes HIV positivos ou com *aids* quando deverá ser realizada a tipificação do bacilo.

Exame Radiológico:

- O exame radiológico é auxiliar nos diagnósticos da tuberculose justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos. É sempre indispensável realizar o exame bacteriológico para um diagnóstico correto;
- O exame radiológico permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias;
- O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação de evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam a quimioterapia (Ministério de Saúde, 2002, p. 13-16).

A seguir encontra-se uma tabela que mostre os possíveis diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, e as respectivas intervenções de enfermagem segundo NIC.

Tabela 6: PLANO DE CUIDADO: DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Diagnóstico de enfermagem: NANDA	Características definidoras	Fatores relacionados	Classificações de intervenções de enfermagem: NIC
Dor: Estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou sensação desconfortável.	<ul style="list-style-type: none">- Dispneia- Comunicação verbal ou não verbal de dor;- Comportamento defensivo e protetor;- Comportamento compatível com desconforto (gemitos, chorar, inquietação...)	<ul style="list-style-type: none">- Agentes de injúrias (biológicos, físicos, químicos, psicológicos)	<ul style="list-style-type: none">- Controlo da dor;- Massagem simples;- Administração de analgésico;- Estimulação cutânea;- Aplicação de calor/frio

<p>Fadiga:Estado no qual o individuo experimenta uma sensação constante de sobrecarga, de exaustão, e diminuição da capacidade para o trabalho físico e mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de uma contínua e esmagadora falta de energia; - Inabilidade para manter as rotinas usuais; - Habilidade prejudicada para concentração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metabolismo energético aumentado ou diminuído; - Estados de desconforto; - Sobrecarga de demanda psicológica e emocional; - Depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo de energia; - Controlo de humor; - Controlo da nutrição; - Promoção de exercício; - Incremento de sono.
<p>Nutrição alterada (Ingestão menor que as necessidades corporais): Estado no qual o individuo tem uma ingestão de nutrientes que não atende as necessidades metabólicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de peso mesmo com ingestão alimentar adequada; - Peso corpora 20% abaixo do normal; - Fraqueza dos músculos usados na mastigação e na deglutição; - Falta de interesse por alimentar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inabilidade para ingerir ou digerir alimentos ou absorver nutrientes devido a fatores biológicos, psicológicos, económicos e culturais; - Falta ou défice de informação sobre alimentação adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir com/o cliente as possíveis causas do apetite diminuído; - Consultar o nutricionista para esclarecer as exigências calóricas e os tipos de alimentos apropriados para o cliente.
<p>Padrão respiratório ineficaz:Estado no qual o individuo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respiração curta; - Dispneia; - Cianose; - Tosse; -Alteração da expansão torácica; - Ansiedade- 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade neuromuscular prejudicada; - Fadiga ou energia diminuída; - Dor; - Ansiedade; - Problemas preceptivos ou cognitivos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Remover e reduzir fatores causais; - Investigar a historia dos sintomas e dos fatores causais; - Administrar oxigénio para melhorar a perfusão capilar.

Desobediência: Comportamento de pessoa que deixa de coincidir com o plano terapêutico ou de promoção da saúde.	- Comportamento indicativo d falta de aderência; - Falha em progredir; - Evidência do desenvolvimento de complicações.	- Complexidade; - Duração.	- O paciente deve compreender que tuberculose é uma doença transmissível e tomar medicamento constitui o meio mais efetivo para evitar transmissão; - O regime com múltiplos medicamentos é complexo, é importante que o cliente compreenda o medicamento, horários e efeitos colaterais.
--	--	-------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria

1.6.3 Abordagem terapêutico com a pessoa com diagnóstico de TB

O PNLCTL (2012, p. 42-43) aponta algumas ações a ser realizadas durante o tratamento dos doentes com TB: “

- Controlo de peso;
- Sensibilização do doente para a toma regular da medicação e sobre a data da próxima consulta;
- Sensibilização do doente para diminuir ou abandonar o consumo abusivo do álcool, tabaco e outras drogas, se for o caso;
- Controlo bacteriológico, principalmente dos casos com baciloscopia ou PCR para *M. tuberculosis* positivas. O controlo bacteriológico para novos casos e em retratamento deve realizar-se ao 2º o 3º, 5º e 6º ou 8º mês com, pelo menos, duas amostras de expetoração em cada exame. No s doentes com TB-MDR, o controlo da

baciloscopia ou do PCR para *M. tuberculosis* serão feitos ao 2º, 5º, 8º, 11º, 14º, 17º e 24º mês.”

Para Prudhomme e D'Ivernois (2000, p. 518) afirmam que:

“os diferentes esquemas terapêuticos associam-se 3 a 4 antibióticos de uma duração de 6 a 9 meses. Os produtos utilizados são isoniazida, rifampicina, o pirazinamida e o etambutol. Apresentam toxicidades variadas que necessitam de uma vigilância da função hepática e renal, uma vigilância da uricemia e do campo visual.”

Refere Gomes, et al (1992, p. 101) que “o tratamento da TB pulmonar tem por finalidade a destruição rápida e tão completa quanto possível de todos os bacilos existentes nas lesões com vista a cura definitiva e a conversão precoce da expectoração do doente, fonte de contágio para a comunidade.”

ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA CASOS NOVOS (Categoria I) - ADULTOS E ADOLESCENTES (2RHZE/4RH) e Duração.

Diz o Ministério de Saúde (2011, p. 62) que “a apresentação farmacológica desse esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg.”

Os regimes de tratamento da Categoria I têm uma fase inicial (ou intensiva) com 2 meses de duração e uma fase de manutenção que dura geralmente 4 meses, conforme a tabela 7. Os doentes bacilíferos tornam-se rapidamente não contagiosos dentro de aproximadamente duas semanas. A maior parte dos doentes BK+ apresentam conversão da baciloscopia dentro de 2 meses.

Tabela 7: Esquema terapêutico da Categoria I

Esquema terapêutico da Categoria I		
Indicações	Fase intensiva	Fase manutenção
<ul style="list-style-type: none"> - Caso novo de TB pulmonar BK positivo - Caso de TB/VIH - TP BK negativo - TEP - Crianças - Primo-infecção 	<p>2 Meses – RHZE (150mg/75mg/400mg/275mg)</p>	<p>4 Meses – RH (300mg/150mg ou 150mg/75mg)</p>

Fonte: Ministério de Saúde (2012, p. 29) - **Guia Técnico de Controle de TB**

Os casos de retratamento incluem os que foram tratados anteriormente como casos novos, por mais de um mês e que agora apresentam microscopia ou cultura positiva. Têm maior probabilidade de desenvolvimento de resistência aos medicamentos que pode ter sido adquirida durante o tratamento anterior inadequado.

Tabela 8: Esquema terapêutico da Categoria II – Casos de Retratamento

Esquema terapêutico da Categoria II		
Indicações	Fase intensiva	Fase manutenção
<ul style="list-style-type: none"> - Fracassos - Recaídas - Abandono de tratamento 	<p>2 meses (RHZE) S + 1 mês (RHZE)</p>	<p>5 meses (RH) E</p>

Fonte: Ministério de Saúde (2012, p.29) - **Guia Técnico de Controle de TB**

Souza et al. *cit in* Nogueira et al. (2012, p.7) “segundo OMS, em caso de resistência aos fármacos de primeira linha, as infecções devem ser tratadas com pelo menos com quatro fármacos da segunda linha nunca usados anteriormente pelos pacientes.”

Medicamentos estes - **Antituberculosos De 2ª Linha (ou de reserva)**.

- A) **KANAMICINA E AMICACINA** – A dose ótima é de 15mg/kg de peso corporal, geralmente 750 mg a 1 g, administrados diariamente ou cinco vezes por semana, por injeção entre muscular profunda.
- B) **TERIZIDONA** –A dose diária pode ser dividida em duas tomas. Devem ser evitadas nos doentes com história de epilepsia, patologia do foro psiquiátrico ou alcoolismo.
- C) **OFLOXACINA, CIPROFLOXACINA E LEVOFLOXACINA** – **Dose diária habitual** – 600 ou 800 mg de ofloxacina, 1000-1500 mg de ciprofloxacina e 500 a 750mg de levofloxacina. Não devem ser administrados a grávidas e crianças.
- D) **ETIONAMIDA (OU PROTIONAMIDA)** – A dose diária não deve exceder 15-29 mg/kg ou 1g. Pode ser melhor tolerada se administrada com sumo de laranja ou leite.

1.7 Tratamento Preventivo

Quanto a prevenção, uma das medidas que remove os fatores de risco é a eliminação das fontes de contágio pela busca de tratamento pelo doente (Caliari & Figueiredo, 2012).

Há duas medidas preventivas uteis contra a tuberculose: A quimioprofilaxia e a vacinação com BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). A vacina é a medida principal para ajudar as pessoas não contagiadas a não adoecerem por tuberculose, caso ocorra uma infecção com o bacilo de *Koch* é necessário que faça uma quimioprofilaxia da mesma (Lopes, 2010).

1.8 Rastreio

Segundo o Programa Nacional Para Tuberculose (2012, p. 23), o rastreio de contactos tem seguintes objetivos: “

- Detetar outros casos de TB doença;
- Detetar pessoas infetadas, com o objetivo de iniciar tratamento de infecção latente por Mt, evitando a progressão futura.”

O mesmo autor acrescenta que além do rastreio de contatos existem as campanhas de rastreio ativo para determinados grupos sociais, com risco acrescido de tuberculose, como os imigrantes, habitantes em zonas degradadas, sem abrigo, reclusos, internados em lares de terceira idade, e hospitais psiquiátricos.

O MS e OMS (2011, p. 35) recomendam que:

“ para obter rastreamento eficaz, as equipes de saúde realizam busca ativa e passiva e, por meio de organização de vigilância em saúde, mobilizem a comunidade para auxiliar a identificar os SR, também chamados de “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechados, com o objetivo de encaminhá-los para fazer o exame de escarro.”

1.9 Cuidados de enfermagem

Segundo os autores Ferreira e Amaral (1990, p. 63) o tratamento consiste “no repouso físico e mental, numa alimentação equilibrada, em medicamentos específicos pelo menos um ano, eventualmente em medidas cirúrgicas”.

No mesmo raciocínio Marques (2007, p. 55) realça que “o tratamento consiste na toma diária de quatro medicamentos em comprimidos logo pela manhã durante dois meses seguido, seguido de dois medicamentos nos quatro meses seguintes. São portanto seis meses tratamento”.

De acordo com Souza (2010, p. 40):

“quando há supervisão, as pessoas em tratamento reconhecem sua importância, trazendo vários benefícios, tais como a desmistificação da doença pelo contato constante pelos profissionais de saúde, contribuindo para modificar também a imagem e o medo que as pessoas tinham do contágio. Outro aspeto positivo é a percepção de estar recebendo um tratamento diferenciado, deixando apenas de ser mais um número e reconhecendo o investimento do estado em saúde. Isso lhe trás um certo compromisso com a continuidade do tratamento, que aliado ao vínculo que acaba se formando entre elas e o profissional que realiza o tratamento supervisionado fortalece ainda mais a decisão de realizá-lo.”

“O tratamento medicamentoso da tuberculose é muito eficiente, pois a cura é possível em quase 100% dos pacientes que tomam a medicação corretamente”, (Marrone, et al, 1999).

Conforme Assis et al (2012, p. 112) “os doentes portadores de enfermidades com características crônicas como tuberculose necessitam de gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, buscando garantir a adesão e o tratamento ao longo prazo.”

Neste sentido Santos e Andrade (2011, p. 355) afirmam que “a partir do momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnóstico de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu cliente ele está apto para, juntamente com a equipa multidisciplinar, planejar a alta do seu cliente”.

1.10 O papel do enfermeiro no controle da TB

Uma das questões básicas no âmbito local, para enfermagem, é valorizar e promover a participação da comunidade nos programas de controle da qualidade de atenção da saúde, especialmente nos programas de enfermagem. A informação é ferramenta fundamental para capacitar o usuário, para que ele participe como elemento ativo no controle social do setor.

Carneiro e Andrade (2008, p. 20) defendem que “a educação voltada para a saúde é a estratégia essencial para o controle da tuberculose e de qualquer outra doença.”

O enfermeiro capacitado na ações de controle da TB deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico (Brasil, 2011^a).

A questão fundamental no controle da tuberculose é a falta de adesão ao tratamento. A falha em administrar, de forma consistente, os medicamentos estimulam as falhas de tratamento, resistência medicamentosa adquirida e taxas de recidiva (Michael & Carolyne, 2003).

Os autores Gonzales et al (2008, p. 629) nos alertam que “para um efetivo controle de TB é necessário organizar os serviços considerando a flexibilidade da equipe no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho.”

1.11 Interação enfermeiro-paciente na adesão ao tratamento da tuberculose

A falta de adesão ao tratamento é considerado o maior obstáculo ao controle e da doença, enquanto problema de saúde pública, contribui para o surgimento da resistência aos fármacos utilizados.

O termo “adesão” indica o sujeito com autonomia para tomar decisões conscientes e responsáveis durante o tratamento (Who, 2003). Sendo assim, o termo não se refere apenas a tomada de medicação ou das recomendações médicas, também implica em uma atitude responsável do paciente frente ao seu tratamento (Queiroz; Nogueira, 2010).

De acordo com os autores Garcia et al. (2014, p. 2517) apontam que:

“no tocante a atenção aos pacientes com TB, a interação profissional-paciente é identificada como de suma importância em todos os casos em regime terapêutico, mas especialmente para indivíduos que interrompem temporariamente, como para os que não concluem o tratamento. A não ocorrência da interação positiva pode determinar um nó para o processo de adesão ao tratamento, na medida em que o vínculo profissional-paciente-serviço se enfraquece e sentimentos de abandono, descaso e incerteza com relação ao compromisso dos profissionais vêm a tona nos pacientes. Nesse sentido, sabe-se que pacientes que não confiam no sistema

de saúde ou nos médicos são mais propensos a não aderirem ao regime medicamentos.”

Na mesma sequência reforçam os autores de que todos os profissionais de saúde que atendem o paciente com TB tem de levar em consideração a perspectiva do paciente nas decisões e nas negociações sobre as regras terapêuticas na prevenção do abandono do tratamento (Garcia et al. 2014).

Estudos realizados na África e Ásia revelaram que o comportamento dos profissionais de saúde, a qualidade das relações e a comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes estão significativamente associados com a adesão ao tratamento da TB.

Os pacientes não-aderentes foram menos bem informados sobre a duração do tratamento, não tiveram a oportunidade de fazer perguntas e as explicações recebidas dos profissionais de saúde sobre a doença e tratamento não foram satisfatória, evidenciando que a má qualidade da comunicação entre pacientes e profissionais está significativamente associada com a não-adesão ao tratamento da TB (Garcia et al. 2014).

O enfermeiro pode oferecer aos pacientes cuidados específicos, repetindo as informações sobre a natureza tratável da tuberculose e a duração do tratamento. A cada visita que pode ser feita ao paciente, os enfermeiros podem fazer uso da comunicação, realizando perguntas abertas sobre as reações da família e da comunidade relacionadas à doença e proporcionar oportunidades para que os pacientes compartilhem ativamente suas experiências positivas de enfrentamento, de maneira que se possibilite o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento (Garcia et al. 2014, p. 2519).

1.12 Contribuição do enfermeiro na redução da incidência da TB e no abandono do tratamento.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que existem em maior numero em qualquer parte do mundo, na maioria das áreas de cuidado em saúde, muitas vezes efetuam a maior parte do trabalho na EPS e PS.

Para uma melhor contribuição da enfermagem na redução da TB, segundo Júnior, Silva, Mouro (2006) os enfermeiros deverão preocupar-se com: “

- Identificar os SR;
- Realizar assistência integral as pessoas e famílias, quando indicado ou necessário; no domicílio ou nos demais espaços comunitários;
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG;
- Realizar a prova tuberculina. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para unidade de referência;
- Convocar os contatos para investigação;
- Orientar utentes e familiares quanto ao uso de medicação, esclarecer dúvida e desmistificar tabus e estigmas;
- Convocar utente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou TDO;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto a prevenção, ao manejo do tratamento, as ações de vigilância epidemiológica e ao controlo das doenças;
- Notificar os casos confirmados de TB;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local;
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *M. tuberculosis*.

Segundo o Ministério de Saúde (2002, p. 8), as UBS do sistema Único de Saúde (SUS) de todos os municípios dos pais devem realizar as ações para: “

- Identificar entre as pessoas maiores de 15 anos que procuram, o serviço, sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais), fazer o diagnóstico da tuberculose, iniciar o tratamento, dar altas aos pacientes;
- Identificar entre as crianças que procuram o serviço de saúde, aquelas portadoras de pneumopatias e outras manifestações clínicas sugestivas de tuberculose, descritas mais adiante, e encaminhá-las a uma unidade de referência para investigação e confirmação do diagnóstico;
- Acompanhar e tratar os casos confirmados nas UBS;
- Realizar exame anti-HIV quando indicado;
- Coletar material para a pesquisa direta de bacilos álcool ácido resistente (BAAR) no escarro. Caso a unidade básica de saúde não possua laboratório, identificar um laboratório de referência e estabelecer um fluxo de envio do material;
- Dispor de estoque de medicamentos específicos para os doentes inscritos no programa de tuberculose;
- Fazer uma programação anual para Programa de Controle de tuberculose, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do município, estabelecendo metas a serem atingidas;
- Treinar os recursos humanos da unidade básica de saúde;
- Realizar ações educativas junto a clientela da unidade de saúde, bem como na comunidade;
- Divulgar os serviços prestados tanto no âmbito do serviço de saúde como na própria comunidade.”

1.13 Educação para saúde do utente

A educação para saúde é crucial no sentido de se reforçar a componente positiva eliminar atitude negativa associada erradamente a doença. Segundo (Campbell e Sow 2006), a base do seu sucesso na esta na relação de empatia que o enfermeiro conseguir criar com o seu doente. Construir um bom relacionamento com os pacientes é crucial para o cumprimento do tratamento e seu seguimento.

Também é preciso encontrar estratégias inovadoras no que diz respeito a educação para a saúde. O doente TB precisa sentir que alcançar os seus objetivos de vida. As medidas e estratégias devem ser dotadas no sentido de promover o sucesso da terapêutica prevenindo o abandono ou a sua interrupção.

O bom relacionamento entre o doente e o enfermeiro, a informação e educação sobre a doença e o seu tratamento, a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, bem como a motivação e a crença na eficácia do tratamento, devem ser exaltados e potenciados no sentido de se obter um impacto positivo na adesão ao tratamento (DGS, 2008).

Segundo Sá et al (2007, p. 714) “a educação para saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença pois a falta de informação ou a sua inadequada assimilação concorre para uma ingesta não apropriada da medicação e/ou interrupção precoce do tratamento.”

De acordo com Lash *cit in* Carvalho e Carvalho (2006, p. 41), “os receios dos enfermeiros são infundados, já que todos podem atuar como educadores para saúde desde que se encontram nas filosofias subjacentes a EpS. Para trabalharem como educadores para saúde precisam de:

- Escutar os indivíduos e identificar quais as suas convicções a cerca de saúde;
- Criar ma relação de ajuda;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas;
- Participar com os formandos na aprendizagem da tomada de decisões;
- Ajudar a tornar claras as escolhas à disposição das pessoas;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;

- Conferir autoridades quer a si próprios, quer aos educandos respondam e tomar em linha de conta as influências sociais e obstáculos à saúde;
- Conseguir que os educandos respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que se encontrem.

“(...) a educação para saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas (...)” Green e Kreuter *cit in* Laverack (2004, p. 12)

1.14 Promoção de saúde

A PS é definida por Rodrigues, Pereira, Barroso (2005, p. 96), como um conjunto de atividades que se dirigem às necessidades de saúde da população ou de grupos específicos para a prevenção ou deteção precoce de doença e para adopção de estilos de vidas saudáveis.

Para o autor Larverack (2004, p. 6) “a promoção de saúde não é uma ideia nova quando encarada como qualquer outra atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades.”

Ainda o mesmo autor reforça de que a (...) promoção de saúde sublinhou a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar, em vez de confiar nos esforços terapêuticos para o tratamento dos seus efeitos (...).

Segundo o Ministério de Saúde (2011, p. 12-13):

“não existe portanto uma formulação pronta para ser orientada aos serviços, entretanto, é fundamental que as ações programáticas de saúde e a oferta organizada dos serviços sejam articuladas a outras ações setoriais, aliadas a políticas públicas intersectoriais ou transectoriais.”

Como então trabalhar os diferentes saberes na implementação das práticas de promoção envolvendo a tuberculose?

Algumas estratégias a seguir são exemplos de ações de promoção de saúde que podem ser desenvolvidas na atenção básica no contexto de tuberculose:

- Participação comunitária como fator positivo nas atividades de controlo da tuberculose, uma vez que corrobora para a conscientização do problema na sociedade;
- Capacitação da comunidade para compreender e atuar junto as suas necessidades de saúde, na implementação de estratégias integradas e intersectoriais de proteção da vida e na ampliação do processo decisório na busca d comprometimento politico na resolução dos seus problemas (OMS, 1991);
- Por meio da capacitação de lideranças na comunidade para reduzir o estigma, auxiliar na identificação de sintomáticos respiratórios, facilitando o acesso do cliente ao diagnóstico de tuberculose na atenção básica, desde a identificação do caso, na adesão do tratamento, até a obtenção da cura;
- Motivação de liderança comunitária para o problema da tuberculose como uma questão importante de saúde pública, uma vez que a sua participação efetiva deve ser considerada como uma força motriz para garantir o controlo sobre esta e outras enfermidades;
- Promoção da cidadania a partir do desenvolvimento de parceria entre lideranças e organizações comunitárias para discutir, planejar e executar ações intersetoriais para a melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, particularmente nas grandes cidades e em locais com vulnerabilidade social;
- Abertura de espaços dos serviços de saúde para se articular com a área cultural da sociedade, procurando associar a criatividade da população na

emissão de mensagens que construam novos saberes técnicos com ênfase na tuberculose e transpor aos saberes populares, por meios de materiais educativos como cartilhas, pôsteres, panfletos, álbum seriado, dança, música, folclore, *rap*, entre outros;

- Realização de parcerias com organizações não-governamentais - ONGs e com outras instituições governamentais na área de desenvolvimento social para viabilizar formas de atendimento de outras demandas dos pacientes de tuberculose, como alimentação, moradia, transportes, agasalho, entre outros.

“(...) a promoção de saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (...)”. Green e Kreuter citados em Laverack (2004, p. 12).

1.15 Abandono de Tratamento

Outros autores referiram a falta de apoio familiar, o inadequado conhecimento sobre a duração do tratamento, a medicação e informação sobre os seus efeitos colaterais, como principais causas de abandono do tratamento.

Chirinos e Meirelles (2011, p. 601) defendem “considera-se caso de abandono de tratamento o doente que, após iniciado o tratamento para TB, deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data agendada para o seu retorno.”

De acordo com Ferreira, Silva e Botelho, (2005) “o abandono do tratamento é considerado um dos mais sérios problemas para o controle da tuberculose, porque implica na persistência da fonte de infecção e das taxas de recidiva, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes”.

Paula e Aguiar (2013, p. 194) relatam que “ não há como prever quem vai abandonar o tratamento. Os motivos são multifatoriais, podem estar relacionados ao paciente, à modalidade do tratamento empregado e aos serviços de saúde.”

Alves et al (2012, p.651) dizem que “o insucesso do tratamento, tendo como causa o abandono, pode levar a um prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes (...).

Ainda com os mesmos autores afirmam que “mesmo com a implementação do DOTS, o problema do abandono do tratamento persiste embora se reconheça que o Tratamento Diretamente Observado (TDO) reduz os índices de abandono.”

Os autores Chirinos e Meirelles (2011, p. 600) referem que os fatores de risco para abandono de tratamento da TB são diversos. Tem-se detetado que: “

- Baciloscopia negativa no diagnóstico;
- Ausência de trabalho fixo;
- Uso diário de bebidas alcoólicas;
- Relato de não apresentar melhoria clínica durante o tratamento e rejeição ao serviço de saúde;
- Traduzida por sua informação de não voltar ao mesmo serviço/ e ou ter procurado outro serviço tem certa relevância.”

Oliveira et al. (2008, p. 127) a seguir referem algumas causas do abandono do tratamento da TB pelos pacientes. “

- O estigma da tuberculose;
- O analfabetismo;
- O facto de considerar-se curado antes da cura efetiva;
- Falta de apoio de familiares ao tratamento que inclui o desconhecimento desta com a relação à enfermidade;
- A impossibilidade de faltar o emprego para comparecer as consultas;
- A frustração de não sentir melhoras;
- A intolerância medicamentosa;
- O alcoolismo;
- A presença de outras doenças;

- O uso de drogas ilícitas.”

1.16 Representações Sociais Para Pessoas Com Tuberculose e Profissionais Da Saúde

As representações sociais são caracterizadas pelas interações humanas entre pessoas ou entre grupos, que trocam informações as quais dão um significado. As representações influenciam o comportamento do indivíduo. Nesse sentido, o conhecimento, das representações sociais dos pacientes que abandonam o tratamento da tuberculose poderia permitir-lhes a tomada de melhores decisões e a prática de ações de cuidados, assim, para o aprimoramento do perfil epidemiológico da tuberculose (CHIRINOS, MEIRELLES e BOUSFIELD, 2015, p. 208).

Rodrigues e Souza (2005, p. 81) “no contexto individual, para o doente, já é possível entender que, ao adoecer de tuberculose, ele não está condenado a morte social, embora em alguns momentos o adoecimento traga limitações em sua vida profissional e familiar.”

De acordo com o autor Portô (2007, p. 47) “os doentes, e em particular os tuberculosos, experimentam não apenas a sensação de apartamento de vida social, mas, talvez muito mais tragicamente, a decisão entre seus corpos e espíritos.”

Na opinião de Chirinos, Meirelles e Bousfield (2017, p. 5) “de acordo com os profissionais, as pessoas se isolam e não gostam que seus familiares e vizinhos saibam de sua patologia, pois sentem vergonha.”

CAPITULO II- FASE METODOLOGICA

2.1 Fundamentação metodológica

O enquadramento teórico foi desenvolvido com base na revisão da literatura já existente, através artigos, revistas, *sites* académicos de caráter científico e dissertações anteriormente elaborados com conteúdos semelhantes.

Inicialmente foi elaborado um projeto do trabalho de conclusão de curso, começando com a escolha do tema elaboração da justifica e problemática.

Após a abordagem do quadro conceptual relativo a temática em estudo, passou a descrever a fase metodológica. Este capítulo objetiva apresentar o desenho metodológico utilizado no presente trabalho, pelo que debruça sobre as questões metodológicas, e o processo metodológico que é utilizado no trabalho, fazendo referência ao tipo de estudo, método de recolha de dados.

2.2 Tipo de estudo

A investigação científica possibilita aos investigadores a busca de conhecimentos através de colocação de questões e definição de métodos para responder as questões colocadas, visando encontrar as respetivas respostas.

O objetivo da investigação que se pretende realizar é conhecer o contributo dos enfermeiros na prevenção do abandono terapêutico pelos utentes com tuberculose em São Vicente, onde achou adequado delinear um estudo de natureza exploratório e descritivo, utilizando metodologia qualitativa de abordagem fenomenológica, com recuso a entrevista semi-estruturada.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque visa recolher e analisar o conhecimento subjetivo do grupo de enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente, recolhendo dados sobre o conhecimento que os entrevistados possuem sobre o assunto em estudo, bem como conhecer a forma como estes vivenciam e experienciam este fenómeno. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas, em que as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com a mais originalidade possível.

Achou-se pertinente a escolha do método qualitativo e não quantitativo, sendo que pretendesse saber, entender, realçar a visão ou o significado que os enfermeiros atribuem ao

fenómeno, prevenção do abandono terapêutica da tuberculose, isso de um ponto de vista individual.

Este método permite ao investigador, conhecer em profundidade um dado fenómeno em estudo. O fenómeno de estudo escolhido, anteriormente referido foi possível estudá-lo num sentido mais aprofundado no enquadramento teórico, teve a oportunidade e fazer ligações entre vários autores, com ideias e percepções diferentes, com o propósito de construir uma realidade nova.

Por este motivo, a pesquisa em enfermagem orienta-se preferencialmente pela utilização de metodologia.

2.3 Instrumento de recolha de informações

É indispensável a escolha de um instrumento de recolha de informações para qualquer trabalho de investigação.

Tendo em conta o tipo de estudo acima apresentado, entendeu-se que o método de recolha de dados que mais se adapta a este estudo e que permite alcançar os objetivos previamente delineados é a entrevista semi-estruturada.

Para assegurar o devido rigor elaborou-se um guião de entrevista (Apêndice 1) que foi dirigida a quatro enfermeiros que trabalham na Delegacia de Saúde de São Vicente. Mas mesmo antes da sua aplicação foi necessário proceder a um pré-teste do roteiro de modo a garantir que as perguntas estivessem bem elaboradas e que a interpretação do mesmo fosse unânime.

A participação dos entrevistados foi procedido de uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, seguido da assinatura de um termo de consentimento informado.

As entrevistas foram realizadas de acordo com o horário do serviço dos participantes (Enfermeiros), considerando suas disponibilidades a tempo e horário. Foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados, onde resguardou a tranquilidade, privacidade e comodidade dos mesmos.

As entrevistas foram registadas em papel impresso, com duração média de vinte e cinco minutos (25'), procurando assegurar a fiabilidade do estudo através dos instrumentos de colheita de dados. As mesmas foram realizadas no período compreendido entre três (3) á 26 de Maio de 2017.

É de frisar ainda que as entrevistas foram feitas em crioulo, tendo em conta ser língua materna de todos os participantes e daí sentiram-se mais a vontade para se expressarem. A transcrição foi feita em língua Portuguesa, respeitando a fidelidade das palavras utilizadas dos mesmos.

2.4 Seleção dos participantes

Os participantes do estudo centra-se em uma população no que se refere ao enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente, sendo um dos objetivos específicos do trabalho analisar a atuação dos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente na prevenção do abandono terapêutica da tuberculose por parte dos utentes. A entrevista decorreu no mês de Maio de 2017.

Este serviço é constituído por 4 enfermeiros efetivos, sendo três (3) do sexo feminino e um (1) do sexo masculino. E dentro do sexo feminino se destaca uma (1) enfermeira superintendente de enfermagem. É de salientar ainda que todos os enfermeiros exercem um período único no serviço das 8h00 às 15h00 da segunda a sexta-feira e uma escala rotativa nos finais de semana das 9h00 às 11h00.

Para a escolha da população do estudo foi escolhido os enfermeiros fixos no serviço que preenchiem alguns requisitos necessários para a investigação, e neste sentido foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes que foram:

- Enfermeiros que já completaram pelo menos 5 anos de trabalho na DSSV;
- Enfermeiros que aceitaram a participar no estudo por livre e espontânea vontade;
- Enfermeiros que já atuaram na busca pelos os utentes faltosos.

A quanto da escolha dos elementos selecionados, foi decidido escolher apenas quatro (4) enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente, tendo 1 mestrada e 3 com bacharel que neste momento estão terminando o complemento da licenciatura, mas também foram selecionados por tempo de atividade profissional, faixa etária e por sexo, podendo obter informações mais variadas, isso de acordo com a experiência de cada um dos participantes.

2.5 Caracterização da população

Os critérios supracitados foram selecionar 4 enfermeiros, com características próprias e individuais que vai de encontro as necessidades que permitem dar respostas aos objetivos anteriormente estabelecidos.

Tabela 9: Características da população do estudo - Enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente.

Enf.	Idade	Género	Estado Civil	Habilitação Académica	Tempo de atividade Profissional	Tempo de atividade profissional na DSSV
E1	51	Masculino	Casado	Bacharel	33 Anos	33 Anos
E2	39	Feminino	Casada	Bacharel	12 Anos	11 Anos
E3	37	Feminino	Casada	Mestrada	11 Anos	9 Anos
E4	33	Feminino	Solteira	Bacharel	6 Anos	1 Ano

Fonte: Elaboração própria

A população alvo foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: idade, género, estado civil, habilitações literárias, tempo de atividade profissional e tempo de atividade na delegacia de Saúde de São Vicente.

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a população representada é constituída por 4 enfermeiros, onde pode-se notar o domínio do género feminino sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto a faixa etária, a idade dos participantes esta situada entre [33 - 51] anos, e em relação ao estado civil da amostra do estudo, pode-se verificar 3 são casados e uma é solteira. E no que concerne a habilitação literária, este engloba uma enfermeira mestrada e 3 enfermeiros com bacharel e que neste momento estão fazendo o complemento de licenciatura.

Relativamente ao tempo de atividade profissional, como representado no quadro, podemos constatar 1 enfermeiro com 33 anos de atividade profissional, uma com 12 anos trabalho, 1 enfermeira com 6 anos de trabalho e 1 com 9 anos de trabalho.

No que refere ao tempo de atividade profissional, na Delegacia de Saúde de São Vicente, temos que um enfermeiro trabalha na DSSV há 33 anos, uma enfermeira exerce a sua profissão no mesmo local há 11 anos, 1 enfermeira já tem 1 ano que foi transferido para o mesmo, e uma que já tem 9 anos.

2.6 Aspetos éticos e legais

A ética engloba o conjunto de atitudes consideradas corretos que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes. Qualquer investigação que envolva pessoas levanta questões éticas e morais, e este trabalho não é exceção, pois no desenvolvimento do mesmo procura-se cumprir todos os requisitos éticos necessários, nomeadamente confidencialidade, autonomia, autodeterminação e anonimato.

Ainda foi entregue um termo de consentimento informado (Apêndice 2) aos participantes, explicando tudo sobre o estudo, também lhes foram informados que podem recusar em colaborar ou a desistir em qualquer momento, não causando nenhum dano na sua realização.

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização da Delegacia de Saúde de São Vicente. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento a comissão ética da Delegacia de Saúde de São Vicente (Anexo 1).

As informações só serão uteis a fins da pesquisa, respeitando o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade de cada participante. Neste sentido o guião de entrevista foi entregue a cada um dos participantes com dias de antecedência da realização da entrevista, de forma que pudessem analisá-lo e decidir se quisessem mesmo participar ou não na entrevista. Objetivando ainda salvaguardar o anonimato foi-lhes atribuído nome fictício de E1 a E4, seguido sempre de forma fidalga e ordem com que os participantes expuseram as informações

2.7 Caracterização do Campo Empírico

A escolha do campo clínico para a realização do estudo é pelo facto a DSSV ser a unidade central e por ter um atendimento personalizado aos utentes portadores da TB.

Neste sentido para descrever o campo clínico torna-se necessário para análise no tempo e no espaço social.

A Delegacia de Saúde de Vicente é uma instituição que funciona há alguns anos disponibilizando aos seus utentes diversos tipos de serviços distribuídos por diferentes setores e organizados pelos diferentes dias da semana.

Antes a delegacia de saúde ocupava um espaço no edifício dos serviços da Instituição de comunicação CVTelecom, mas há 4 anos passou a funcionar num edifício próprio inaugurada em 24 de Julho de 2013 construído destinado apenas ao seu funcionamento e estruturado de acordo com as suas necessidades.

A DSSV abrange todos os centros de saúde: Ribeira de Craquinha, Monte Sossego, Ribeirinha, Fonte Inês, Chã de Alecrim e as unidades de base da Salamansa, São Pedro e Calhau.

- a) A Delegacia de Saúde de São Vicente é composta por 3 pisos que estão estruturados de seguinte forma:

Piso - 0: recessão, consultório 1, sala de enfermagem 1 e 2, consultório 3, consultório 4, estomatologia/prótese dentária, elevador, WC feminino e WC masculino. Quanto aos recursos humanos tem 1 secretaria, 1 secretaria efetivo, 3 enfermeiros, 1 enfermeira voluntária, 2 médicos, 1 psicólogo, 2 protistas, e 1 Odontologista

Piso - 1: laboratório, elevador, WC feminino, WC masculino, cyber/biblioteca, refeitório. Quanto aos recursos humanos tem 1 técnico superior de laboratório, 2 técnicos médios, 2 técnicos estagiários, 2 administrativos, 5 auxiliares de serviços gerais, 3 condutores.

Piso - 2: sanidade marítima, epidemiologia 1, epidemiologia 2, elevador, auditório, WC feminino, WC masculino. Quanto aos recursos tem 1 enfermeiro, 2 administrativos, 2 técnicos de epidemiologia, 1 nutricionista, 1 assistente social.

Piso - 3: gabinete delegado de saúde, gabinete da administradora, gabinete de superintendente de enfermagem, secretária, contabilidade, estatística, elevador. Quanto aos recursos humanos tem delegado de saúde, 1 administrativos, 2 técnicos de secretaria, 1 estagiário, 2 técnicos de contabilidade, 1 técnico informativo, 1 técnico de estatística, 1 técnico de dados, 1 enfermeira superintendente.

b) Funcionamento do serviço

- **Segunda-feira:** tem consulta médica de VIH e clinica geral.
- **Terça-feira:** procedimentos de enfermagem, consulta de alergeologia e deslocamento de uma equipa multidisciplinar a comunidade de calhau.
- **Quarta-feira:** vacinação de febre-amarela, consulta de tisiologia, demanda espontânea.
- **Quinta-feira:** deslocação de uma equipa multidisciplinar a comunidade de salamansa, despiste de TB (demanda espontânea), consulta de IST.
- **Sexta-feira:** deslocação de uma equipa multidisciplinar a comunidade de São Pedro.
- **Sábado/ domingos/ feriados:** fazem administração de medicamentos injetáveis e curativos.

Todos os dias fazem consultas de clinica geral, psicologia e cuidados diários de enfermagem solicitados.

CAPITULO III - FASE EMPIRICA

3.1 Análise e discussão dos resultados

De acordo com os objetivos do trabalho de pesquisa, foi recolhido informações junto as populações estudadas. É cessada a etapa de colheita de informações, que foi procedido através de entrevistas, foi necessário efetuar análise e interpretação dos resultados dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi utilizada a transcrição das entrevistas e respetiva análise de conteúdo. Após recolhido o material para realização de estudo, este foi submetido a análise de conteúdo técnica que a prática revela mais adequada, pois possibilita o tratamento de informações recolhidos tendo em conta os discursos dos diferentes entrevistados.

Ao chegar nessa fase de investigação a finalidade é caraterizar-se do cumprimento dos objetivos, verificar, se as informações recolhidas correspondem, ao objetivos anteriormente formuladas, de modo a confrontar o quadro de referências do investigador e o material empírico.

Como descrita, a entrevista foi desenvolvida em 4 categorias (I-II-III-IV) e para melhor compreensão a foi dividida em subcategorias como forma de melhor perceber qual a razão existente entre as atividades desenvolvidas.

Categoria I- Aspetos relacionados com a tuberculose (TB).

Relativamente a esta categoria pretende conhecer também as subcategorias como o conceito de tuberculose, os sinais e sintomas, como se adquire, e como é diagnosticado.

Referenciando o conceito da tuberculose, os entrevistados relataram que:

“(...) Doença infecciosa e contagiosa que afeta maioria dos casos os pulmões, mas que pode atacar outros órgãos como cérebro, rins, gânglios, ossos, pele”. E1

“(...) Doença infectocontagiosa causada pelo bacilo de Koch que atinge principalmente os pulmões”. E2

“(...) Doença infecciosa e contagiosa que se transmite por via aérea causada por um bacilo chamado bacilo de Koch”. E3

“(...) Doença infectocontagiosa causada por uma bactéria (M.tuberculosis) que afeta principalmente os pulmões mas pode atingir outros órgãos como os rins, as meninges e os ossos”. E4

De acordo com as respostas transcritas dos entrevistados percebe-se que quase todos têm o mesmo conceito em concordância com a literatura, podemos ver que E1 e E2 apontam os órgãos mais atingidos, enquanto que E2 e E3 referem especificamente o tipo de bactéria causador da doença tuberculose nesse caso o bacilo de *Koch*. Portanto torna-se um fator importante conhecer o conceito bem como os orgaos de atingidos para facilitar o diagnóstico.

Evidenciando a subcategoria sobre sinais e sintomas podemos observar após a análise de conteúdo as seguintes respostas encontradas abaixo:

“(...) Tosse, falta de apetite, emagrecimento, febre no final da tarde, fadiga, sudorese noturna, dores no peito cansaço; etc.”. E1

“(...) Tosse, febre a tardinha, dor torácica, fadiga, dificuldade respiratória, falta de apetite e emagrecimento”.E2

“(...) Tosse com mais de 2 semanas com ou sem catarro, catarro com ou sem sangue, sudorese principalmente noturna, perda de peso, perda de apetite, dor na cavidade torácica”. E3

“(...) Febre baixa, tosse com mais de duas semanas de evolução, perda de peso, dor no peito, sudorese noturna, falta de apetite, palidez. E4

Em relação aos sinais e sintomas podemos constatar uma semelhança entre as respostas de cada entrevistado segundo a literatura de pesquisa, como podemos ver o E3 não esqueceu de referir que por vezes o doente pode ter catarro com sangue o que muitas vezes acontece.

Referenciando a subcategoria que se trata da forma como se adquire o bacilo de *Koch*, os enfermeiros entrevistados, disseram que:

“(...) Através de uma pessoa doente para uma pessoa saudável, quando doente tosse ou espirre esta lança para o ar os bacilos, e ao inalar o ar contaminado vai-se desenvolver a doença”.E1

“(...) Através do ar quando a pessoa doente tosse, espirra ou fala, então lança as bactérias pelo ar afetando qualquer um”.E2

“(...) Por inalação do ar contaminado pelo bacilo”. E3

“(...) Através do ar quando a pessoa doente tosse, espirra, fala expele gotículas contaminadas, quando uma pessoa saudável fica em ambientes fechados, sem iluminação e pouco ventilado com a pessoa doente, pessoas com as suas defesas comprometidas por exemplo (pessoas com HIV, diabetes...) ”. E4

Percebe-se que a maioria (3) dos enfermeiros tem praticamente a mesma resposta, que a TB se adquire através do ar, fala, espirro, enquanto que o E4 para além dessas formas citadas ele refere a questão quando uma pessoa saudável ou com suas defesas comprometidas ficam expostas a ambientes fechados sem iluminação e pouco ventilado juntamente com a pessoa doente o que pode trazer grande risco de se contaminar o bacilo.

Segundo os entrevistados passaremos a conhecer como é feito o diagnóstico da TB:

“(...) Raio X de tórax, baciloscopia BK, Mantoux, e em alguns casos biopsia.” E1

“(...) Raio X de tórax, exame de expectoração principalmente”. E2

“(...) Pela presença do bacilo no escarro (baciloscopia) - análise de expectoração, Raio X e análise de sangue”.E3

“(...) Exame de escarro (baciloscopia) a, raio x tórax, teste de mantoux”. E4

Quanto ao diagnóstico podemos ver que todos os enfermeiros mencionaram o raio x de tórax e o exame de escarro (baciloscopia) sendo a forma mais prática, rápida e segura de confirmação do diagnóstico de TB pulmonar. Permite ao investigador dizer que todas as respostas dos entrevistados estão de acordo com a literatura pesquisada.

Categoria II - Aspectos relacionados ao tratamento.

Esta categoria está relacionada ao impacto da doença na sociedade, o que poderia mudar para facilitar o tratamento, e qual a importância do despiste.

Referenciando a subcategoria o Impacto que a doença tem causado na sociedade, percebeu-se de que:

“(...) Atualmente a doença é mais aceitável a nível social, o que não acontecia a alguns anos atrás onde era discriminada”. E1

“(...) Doença que causa discriminação na sociedade, tendo em conta que é uma doença infecciosa e fácil de transmissão (ar) as pessoas, principalmente os familiares é preciso fazer sensibilização dos familiares e a sociedade em geral para que possamos conter a doença”. E2

“(...) Absentismo, contágio coletivo, multirresistência, morbidade e mortalidade”. E3

“(...) Abandono familiar, descriminação, etc.” E4

Podemos observar que dois dos entrevistados E1 e E2 referiram que a doença causa discriminação social embora E1 acrescenta que hoje em dia a doença já é mais aceitável ainda E3 realçou a que causa multirresistência morbidade e mortalidade caso o doente não cuidar.

Em relação a o que poderia mudar para facilitar o tratamento os enfermeiros responderam que:

“(...) O pequeno-almoço, análise dos doentes em alguns caso de faltosos podia delegar aos agentes comunitários para essa administração ou mesmo uma pessoa na própria zona para administração”. E1

“(...) Maior interação entre os profissionais de saúde, os doentes e familiares, e seria muito bom fazer o DOT em casa em caso dos faltosos”. E2

“(...) Novas drogas com menos tempo de tratamento e mudança de comportamento em relação a doença, aceitação por parte do doente e nos estigmas por parte dos outros”. E3

“(...) Podia-se formar mais profissionais de saúde por exemplo agente sanitário para administrarem a terapêutica nos centros mais próximos das suas residências das pessoas”.

E4

Nesta subcategoria podemos verificar que 3 dos enfermeiros E1, E2 e E4 tiveram o mesmo raciocínio na possibilidade de delegar agentes comunitários para essa administração e também a possibilidade de utilizar a estratégia DOT em casa no sentido de garantir o sucesso terapêutico. Ainda podemos ver que o E3 nos diz que poderia haver novas drogas com menos tempo de tratamento no intuito de mudar o comportamento do doente promovendo interesse, incentivo e aceitação.

Quanto a Importância do despiste da tuberculose os entrevistados expõem que:

*“(...) Ajuda a diagnosticar a doença o mais precoce possível, iniciar o tratamento mais cedo e ta bem evitar a propagação da mesma”.***E1**

“(...) Facilita o diagnóstico precoce da tuberculose, possibilitando o início do tratamento precoce, dando um melhor qualidade de vida e evitar sequelas graves nos pulmões”. **E2**

*“(...) Detecção precoce de novos casos”.***E3**

“(...) Encontramos novos casos de doentes com TB e assim podemos iniciar o tratamento mais rapidamente evitando que passem a doença para outras pessoas”. **E4**

Neste contexto podemos observar que teve uma grande semelhança em relação as respostas acima mencionadas pelos entrevistados perante a importância do despiste da TB onde todos referem que o despiste ajuda e facilita no diagnóstico possibilitando o tratamento precoce e detecção de novos casos da doença. Portanto torna-se crucial dizer que os enfermeiros são os principais atores nessa prática de saúde.

Categoria III - Aspetos relacionados as contribuições de enfermagem da DSSV.

Nesta categoria pretende-se conhecer as subcategorias de acordo com contribuições da DSSV em relação a não adesão ao tratamento TB e também as intervenções de enfermagem quando os utentes portadores da TB faltem ou interrompem o tratamento.

Debruçando sobre as condições apropriadas da DSSV para fazer o tratamento da TB, constatou-se que:

“A Delegacia de Saúde de São Vicente não tem condições apropriadas para fazer o tratamento porque o doente tem direito a privacidade.” E1

“Sim, há uma sala só para o tratamento da TB.” E2

“Sim, para a segunda fase do tratamento em que a baciloscopia esta negativa, quanto a baciloscopia positiva, as condições físicas poderiam ser revistas, mais ventilação por exemplo”. E3

“(…) Tem condições porque tem uma sala somente para atender os pacientes com TB” E4

Nesta subcategoria podemos observar uma contradição nas declarações dos enfermeiros em relação as condições de tratamento na DSSV, onde E1 refere que não há condições para fazer o tratamento da TB por causa da falta de privacidade do utente, enquanto que E2 e E4 mostraram o mesmo ponto de vista realçando que na DSSV tem condições apropriadas por ter uma sala exclusiva para o tratamento da TB, já o E3 defende que a DSSV tem melhores condições para o tratamento na segunda fase onde a baciloscopia esta negativa, quanto a baciloscopia positiva as condições ambientais poderiam ser revistas em relação a ventilação etc.

Relativamente o que a DSSV tem feito em relação a não adesão ao tratamento da TB os enfermeiros afirmam que:

“(…) Trabalho multidisciplinar, palestras, abordagens coletivas”. E1

“Tem viaturas disponíveis, assistente social, psicólogo, enfermeiro, uma equipa para este fim, sensibilizar os pacientes sob a importância do tratamento correto prevenindo o abandono”. **E2**

“Busca ativa de faltosos, trabalho multidisciplinar incluindo assistente social, psicólogo e outros profissionais café da manhã reforçado diário para os doentes da primeira fase, palestras de sensibilização para utentes e familiares, estratégia DOT”. **E3**

“(…) Quando não fazem o tratamento os profissionais de saúde vão procura-los”. **E4**

Em relação a não adesão ao tratamento os entrevistados E1, E2, E3 e E4 apresentam a mesma concepção onde eles descrevem que atuam de forma multidisciplinar no sentido de sensibilizar os portadores da TB e os familiares quanto a importância do tratamento correto prevenindo o abandono do mesmo.

Em relação as intervenções de enfermagem quando os portadores de TB faltem ou interrompem o tratamento segundo os entrevistados:

“Os enfermeiros vão a procura do doente o mais rápido possível para evitar o abandono e saber a causa da falta.” **E1**

“(…) O paciente é procurado após 24h no domicílio ou zonas de referências frequentados pelo paciente, então é feita uma sensibilização tanto dos familiares, vizinhos e do paciente em si para a necessidade do tratamento correto, assim ela não coloca nem os familiares e nem a sociedade em risco”. **E2**

“Busca de faltosos, visitas domiciliares, trabalho em equipe multidisciplinar, negociação do tratamento estratégia DOT”. **E3**

“(…) Os enfermeiros vão ao encontro dessas pessoas nas suas residências ou nos locais onde trabalham para sensibiliza-los para que voltem a fazer o tratamento”. **E4**

Segundo as respostas obtidas pelos E1, E2, E3 e E4 em relação as intervenções de enfermagem quando os portadores da TB faltem ou interrompem o tratamento, todos disseram que eles vão a procura dos mesmos o mais rápido possível ou seja após 24h no

domicílio e nas zonas de referências no âmbito de evitar o abandono, riscos, e agravos sensibiliza-los que voltem a fazer o tratamento até o fim.

Categoria IV - Aspetos relacionados ao abandono de tratamento da TB

Nesta categoria pretende-se abordar as subcategorias relacionados ao abandono de tratamento da TB e os métodos utilizados para a prevenção so mesmo, bem como as limitações sentidas pelos enfermeiros.

Quanto as causas que levam ao abandono da TB os enfermeiros descrevemque:

“(...) Alcoolismo, toxicodependência, falta de alimentação, mau atendimento por parte dos profissionais de saúde”. E1

“(...) Alcoolismo, tabagismo, e outras drogas, condições precárias.” E2

“(...) Tratamento muito longo, estratégia de DOT em que o doente sente preguiça de vir tomar a medicação diariamente, desinteresse para o autocuidado, efeito do tratamento quando o utente começa a sentir-se melhor, acha que já não faz sentido o tratamento”. E3

“(...) Por vezes não sabem o risco que correm ao abandonar o tratamento, não assimilam a sensibilização feita pelo profissional de saúde, por ser um tratamento duradoura e não ter vontade de vir tomar os medicamentos todos os dias”. E4

Falando sobre as causas do abandono de tratamento os E1 e E2 tiveram a mesma linha de pensamento onde as referidas causas são o alcoolismo, tabagismo, toxicodependência condições precárias etc. Enquanto que o E3 acrescenta que uma das causas do abandono é está na estratégia DOT em que muitas vezes o doente não tem como ou tem preguiça de vir tomar a medicação todos os dias, principalmente quando já se sente melhor e perde o interesse de continuar o tratamento prescrito, já o E4 falou na questão por ser um tratamento duradoura o que muitas vezes trás desinteresse para dar continuidade a terapêutica.

Falando sobre o que o enfermeiro tem feito para reduzir a incidência da TB em S.V bem como o abandono podemos observar uma unanimidade entre as suas declarações abaixo:

“Como enfermeiro tenho feito palestras sobre o referido tema junto da comunidade informando-os o que é TB e também incentivar os que estão em tratamento para a cura e evitando o abandono”. **E1**

“Visitas domiciliaries, palestras feitas onde há aglomerado de pessoas com o objetivo de evitar ambientes que favorecem o aparecimento da tuberculose (cadeias, igrejas, escolas)”. **E2**

“Efetuar despiste para a deteção precoce de casos, tratar de forma correta e completa, rastrear os contatos, busca ativa de sintomáticos respiratórios e de faltosos”. **E3**

“(…) Os enfermeiros fazem sensibilização nas consultas, palestras, vão a procura do doente”. **E4**

Em relação a redução de incidência da TB bem como o abandono do mesmo podemos ver que os conceitos estão interligados de acordo com os enfermeiros onde E1, E2 e E4 referem as palestras, visitas domiciliaries e sensibilização nas consultas como formas de redução da incidência, já o E3 não deixou de mencionar o despiste para deteção precoce e a busca dos sintomáticos respiratórios o que traz grande valia neste contexto para deteção de novos casos.

Para saber qual o método de educação para saúde utilizado para os portadores de TB na prevenção do abandono de tratamentosos entrevistados declaram que:

“(…) Incentivar o doente em relação ao tratamento para que possa ter um resultado positivo, se for possível utilizar o método comparativo, e por fim saber usar a família como um fator positivo na prevenção do abandono”. **E1**

“Ensino individual, visitas frequentes aos familiares vulneráveis e com condição que predispõe ao abandono”. **E2**

“Método expositivo por palestras, método interativo em grupo, abordagens individuais e coletivos”. **E3**

“(...) Palestras, conversas com o paciente quando procuram os nossos serviços na DSSV”.

E4

Debruçando sobre o método de educação para saúde utilizado para portadores de TB na prevenção do abandono do tratamento nota-se uma parecença nas declarações dos entrevistados E2, E3 e E4 que o método de educação mais utilizado são as visitas, palestras, abordagens individuais, coletivos e entre familiares, mas o E1 citou o método comparativo como forma de consciencializar o doente perante a sua doença promovendo o auto cuidado e auto estima. Na perspectiva do investigador, os enfermeiros tem feito bom trabalho em relação a abordagem dos utentes, famílias e comunidades, utilizando todos os meios adequados.

No que diz respeito as dificuldades sentidas pelos enfermeiros da DSSV durante o tratamento, constatou-se que:

“(...) Somos em média quatro enfermeiros, portanto somos em número insuficientes para executar uma boa pratica junto aos portadores de TB”. **E1**

“(...) Normalmente encontramos dificuldades em localizar os doentes, por residirem em zonas muito distantes do centro”. **E2**

“(...) Não temos muitas dificuldades, enfatizando apenas os recursos humanos”. **E3**

“(...) Precisamos de mais pessoais com formação na área para trabalhar juntamente connosco principalmente nas buscas pelos faltosos”. **E4**

Expondo as afirmações dos entrevistados presencia que E1 e E4 tiveram a mesma opinião afirmando que são insuficientes em relação ao pessoal para executarem uma boa prática, enquanto que E2 refere terem dificuldades em localizar os dos doentes por residirem muito distantes, em contra partida o E2 diz não terem muitas dificuldades, enfatizando apenas os recursos humanos. Podemos concluir que a maioria apresenta certas limitações e dificuldades durante o tratamento. Na visão do investigador essas limitações sentidas durante o tratamento, afetam a boa prática, tanto a nível dos recursos humanos como também materiais, dificultando o bom tratamento.

3.2 Conclusão dos resultados

Através dos resultados obtidos e analisados da entrevista, foi possível verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisada, anteriormente transcrita no estado de arte.

Tendo atingido esta etapa do trabalho de conclusão de curso, é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões a cerca da temática em estudo: O enfermeiro na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com tuberculose em São Vicente.

Permite o entrevistador dizer que o abandono do tratamento da TB tem como causa principal, o alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, condições precárias, pobreza, falta de incentivo para auto cuidar pelo facto de o tratamento ser prolongado e duradoura, também a falta de informação que estão bem evidenciados na DSSV.

Para que o investigador consiga de uma forma precisa e profunda efetuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos de investigação de estudo. Desta forma tentar-se-á, com os dados obtidos, dar resposta a cada uma delas, tornando-se mais facilitador.

Através dos resultados obtidos nas entrevistas, pode-se verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a revisão bibliográfica efetuada.

Tendo em conta o objetivo principal do trabalho, e a partir da análise de conteúdo elaborado, o investigador constatou haver concordância por parte dos entrevistados onde apontaram que vão a procura dos faltosos nas suas zonas e residências acompanhado de uma equipa multidisciplinar no sentido sensibiliza-los junto a família mostrando a importância do tratamento correto prevenindo o abandono e possíveis complicações.

De acordo com estes resultados o investigador pode concluir que todos os enfermeiros tiveram a mesma linha de pensamento em relação as suas atuações na prevenção do abandono terapêutica.

Assim sendo, podemos considerar que o enfermeiro na sua atuação nunca pode trabalhar sozinho mas sim em equipa no intuito de dar melhores respostas promovendo uma boa prática de acordo com seus conhecimentos e experiencias profissional.

Relativamente aos objetivos específicos traçados o entrevistador ao analisar as respostas dos entrevistados constatou-se que fazem visitas domiciliaries, palestras do

referido tema juntamente a comunidade, abordagens individuais e coletivos. Referiram ainda a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e dos faltosos o que é muito importante no sentido de prevenir a resistência e o abandono do tratamento.

É de extrema importância planejar muito bem as atividades antes de qualquer intervenção de modo poder alcançar os objetivos traçados e desenvolver capacidades de colocar em prática estratégias que ajudam na assistência ao utente.

É primordial saber compreender as necessidades de saúde da população e para tal não basta só informar, ou seja, comunicar alguma coisa de que julgamos haver necessidade. É essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/ família/ comunidade sendo para tal dar informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de EPS em grupo.

Constatou-se ainda que o número de enfermeiros é insuficiente para executarem uma boa prática. Constatou-se que um dos entrevistados diz não terem dificuldades enfatizando apenas os recursos humanos enquanto outro enfermeiro afirma que uma das dificuldades sentidas várias vezes é na questão de localizar os doentes por residirem muito distantes o que é preocupante quando os utentes não cumprem o plano de tratamento.

A tuberculose por ser um problema de saúde pública, o investigador notou que de facto tem falta de recursos humanos na área de enfermagem, acredita-se que é um fator indispensável para uma boa prática profissional para prestação de cuidados aos utentes com TB principalmente quando há faltosos que moram distantes da cidade.

Neste sentido conclui-se que a prestação de cuidados é sempre influenciada pelos recursos humanos e se este não for favorável ou suficiente a atenção aos utentes será comprometida. Chegando nessa fase do trabalho, com base na questão levantada para esse estudo, permite o entrevistador afirmar que o objetivo desse estudo foi atingido.

Conclui o investigador que necessita de um maior número de enfermeiros para trabalhar nessa área de tuberculose para poder obter melhores resultados principalmente na redução dos utentes faltosos tanto no abandono do tratamento objetivando uma boa interação enfermeiros/ utentes.

De acordo com a literatura pesquisada é de realçar que quando não há uma interação positiva entre o profissional de saúde e o utente portador de TB isto pode determinar o comprometimento do tratamento conduzindo ao abandono.

Acredita-se que a comunicação e a informação são as ferramentas fundamentais na prevenção e tratamento da TB, como também a educação e promoção de saúde é primordial no âmbito comunitário, como também deve estar presente em casa, para promover hábitos saudáveis necessários a manutenção da saúde e do bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como disciplina em evolução e em constante procura da melhoria dos cuidados prestados, com o objetivo de atingir a excelência, vai buscar a investigação contributos preciosos aperfeiçoando suas teorias e praticas percorrendo trajetórias marcadas por diretrizes de uma sociedade cada vez mais exigente do ponto de vista profissional.

O tema deste trabalho surgiu por interesse pessoal e curiosidade despertada durante ensinamentos clínicos, e pelo interesse dos conteúdos teóricos aprendidos ao longo deste percurso académico.

Através das várias etapas do processo de investigação (fase conceptual, fase metodológica, e fase empírica), percebeu-se a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, com o objetivo de conhecer as intervenções de enfermagem na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com TB em São Vicente.

Após a análise de conteúdo da investigação, verificou-se a concordância entre os resultados obtidos, através das entrevistas em comparação a literatura pesquisada, explicita no capítulo referente ao estado de arte.

Na realização dessa prática assistencial, observamos a importância das atividades do enfermeiro para o sucesso do cuidado e EpS com a comunidade.

Constatamos que a enfermagem tem um papel indispensável na assistência direta ao usuário, ao fazer parte da equipe interdisciplinar dos profissionais de saúde que atuam como educadores.

Este olhar faz-nos reflectir como é importante escutar os utentes para observar a capacidade de relação e tentar resgatar os recursos internos para que tenham possibilidade de reconhecer como sujeitos da sua própria saúde e transformação.

Existe a necessidade de se pensar em intervenções educativas baseadas num enfoque psicossocial considerando a multidimensionalidade da adesão ao tratamento, de melhores medidas de biossegurança, compromisso social e humanidade que contribuam para a diminuição das taxas de abandono, cortando a cadeia de transmissão dos diferentes tipos de tuberculose. Temos, por exemplo que refletir, sobre a necessidade de ver a pessoa com TB, durante a estratégia DOT, não só a partir do ponto de vista biológico, mas também a partir de uma perspetiva psicológica e social.

Assim, implica em considerar e respeitar as necessidades, sentimentos, conhecimentos e crenças a respeito da doença e do próprio tratamento seus modos de vida e sua dinâmica familiar. Implica, também, em refletir sobre todas as dimensões que envolvem o fenómeno multidimensional da aderência da pessoa ao tratamento, sendo primordial o vínculo entre os profissionais e a pessoa durante as ações de educação sobre a terapêutica e sua eficácia atendendo as necessidades das pessoas. Uma das principais dificuldades decorrentes no abandono pode estar relacionada a essas lacunas no cuidado.

Resta agora referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho de conclusão de curso foi elaborado, e que pelo seu carater, contribui para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisição de capacidades que, ao longo desta licenciatura, ainda não tinha sido adquiridas, no sentido de que num futuro profissional ele irá contribuir para colaborar em possíveis mudanças de comportamento que a nível profissional, com Enfermeiro, que a nível social, como pessoa.

Portanto permite o investigador elaborar e apresentar as seguintes propostas:

Pospostas do Estudo / Sugestões:

- Criar postos específicos para o tratamento da TB no sentido de dar uma atenção especial promovendo boa interacção enfermeiro/ utente;
- Ainda sugere-se que invista mais na formação de profissionais capacitados para atuar e dar assistência aos portadores da tuberculose;
- Sugere-se que crie condições para colocar profissionais de saúde fixos nas zonas distantes da cidade para dar respostas as necessidades do doente;

- Melhorar as condições habitacionais, de higiene e saneamento básico impulsionando uma vida saudável;
- Convocar os utentes e familiares para participar nas atividades desenvolvidas na DSSV para ampliar seus conhecimentos e reconhecer que a TB é um grave problema de saúde pública;
- Continuar a fornecer o pequeno-almoço até o final da segunda fase do tratamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALMEIDA, António. (1995). *A Tuberculose – Doença do Passado, do Presente, e do Futuro*. 1ª Edição. s/l. p.11
- ASSIS, E.G. et al. (2012). A coordenação da assistência no controle da tuberculose. “*RevEscEnfrm USP*”. Ribeirão Preto, SP, Brasil 48(1):111-8. p.112
- ALVES, R.S. et al. (2012). “Abandono do Tratamento da Tuberculose e Integralidade Da atenção na Estratégia Saúde da Família.” *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, Jul-Set; 21(3): 650-7. p.651
- CARVALHO, A. A. S, e CARVALHO, G.S. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas, e Necessidades de Formação*.p.41
- CARNEIRO, M.M.S e ANDRADE, M. (2008). “A estratégia de enfermagem no controle da tuberculose: Implicações para o enfermeiro promotor da saúde.” *Informa-se em promoção da saúde*, (4) 2.p.20-21
- CALIARI, J. S. & FIGUEIREDO, R. M. (2012). “Tuberculose: perfil dos doentes, fluxo de atendimento e opinião dos enfermeiros.” *Acta Paulista de enfermagem*, 25 (1), 43-47.
- CAMPOS, H.S. (2006). "Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas." *Pulmão RJ*. (15)1. P. 29-35.
- CAMPOS H.S. (1996). Tuberculose: Um perigo real e crescente. *Jornal Brasileiro de Medicina* (70) 5.

- CHIRINOS, N. E. C e MEIRELLES, B.H.S. (2011). "Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa", *Texto and Contexto Enfermagem*. Florianópolis. (20)3. p.406-599. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23> Acesso em 11 de Janeiro de 2017_14h36.
- CHIRINOS, N.E. e MEIRELLES, B.H.S e BOUSFIELD, A.B.S. (2015). "Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento." *Rev Gaúcha Enferm*. Peru,36 (esp) (207) 14. p. 208
- CHIRINOS, N.E. e MEIRELLES, B.H.S, e BOUSFIELD, A.B.S. (2017). "A relação das representações sociais dos profissionais da Saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento." *Texto Contexto Enferm*. Peru, 26(1), p.5
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2008). *Linhas de Orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente*. 2ª Edição, Genebra, Internacional Council of Nurses. p.12
- CAMPBELL, I.A., e BAH-SOW. (2006). Pulmonary tuberculosis: Diagnosis and treatment. Disponível em <http://www.bjm.com/cgi/content/full>, em 15/10/2008.
- CAMPELO, A.R.L. (2002). Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília. p. 15-16
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2008). *Linhas Orientadoras para Programas Nacionais*. Lisboa.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2015). Portugal – Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números. Lisboa. p. 44

- FERREIRA, J.H. Barros e AMARAL, M. Dulce. (1990). Saúde, Fonte de Bem-Estar. s/l. p.60- 63
- FERREIRA, S. R.S., GLASENAP, R., FLORES, R. (2011). “ *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*/ Ministério de Saúde, Secretária de Atenção à saúde, Departamento de Atenção básica – 2.ed.- Brasil. p.18-35
- FERREIRA, S. M. B; SILVA, A. C, DA, BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – Brasil. J. Brs. pneumol, (31)5, p. 427-435.
- FILHO, C.B. (2001). *Historia Social da Tuberculose:1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 248p. (Coleção Antropologia & Saúde). p.29
- FORTIN, M. (2009).*Fundamentos e Etapas do processo de Investigação, Lusodidatica*. p.4- 31
- FRANK, H e NETTER, M.D. (1991). *Sistema Respiratório. Barcelona*. p. 200-201
- JÚNIOR, Ailton Cezário Alves, SILVA, Cláudia Hermínia Lima, MOURA, Edílson Corrêa (2006). *Atenção à saúde do adulto tuberculose: Saúde em casa*. 1ª Edição, secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaTuberculose.pdf> Acessado em: 13.01.17_13h00
- GONZALES, I.C. et al. (2012). “A coordenação da assistência no controle da tuberculose.” *RevEscEnferm USP*”. Ribeirao Preto. (46)1. p.111-8
- GOMES, M.J.M. et al. (1992). *Tuberculose Aspectos Atuais*. Lisboa. p.7

- GONSALES, R.I.C. et al. (2008). Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. “*RevEscEnferm USP*” Ribeirão Preto. 42 (4) :p. 629 e p. 828-34.
- GARCIA, M.C.C. et al. (2014).“ Interação Enfermeiro-Paciente na Adesão ao Tratamento da Tuberculose”.*RevEnferm UFPE OnLine*. Recife. P. 2513-21
- HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David; WILKENSTEIN, Marilyn I. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7º Edição. Rio de Janeiro. p.808
- LAVERACK, Glenn (2004). *Promoção de saúde. Poder e Empoderamento*. Lusodidactica – soc. Portuguesa de material didático, Lda. LOURES.p.6,12
- LOPES, A. O. (2010). *Tuberculose um problema de saúde pública, causas do abandono do tratamento*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Centro Universitário de São Camilo: São Paulo.
- MACIEL, E.L.N e SALES, C.M.M. (2016). “ A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais?” *Epidemiol. Serv.Saúde, Brasília*, 25(1) : 175-178.
- MARQUES, J. Agostinho. (2007). *O Essencial de Saúde – Tuberculose*. s/l. p.7, 8, 23, 26, 40, 55
- MONTEIRO, L.H.B et al. (2015). Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem Parar Pacientes com Tuberculose: Oferecendo Subsídios para a Equipe de Enfermagem. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer – Goiânia, (11)20, p.323

- MORRONE, N et al. (1999). Tuberculose: tratamento supervisionado “vs.” tratamento autoadministrado. *J. Pneumol*, (25) 4.
- MICHAEL, E. H., & CAROLYN H. W. (2003). *Medicina pulmonar. Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE (2011). *Tratamento Diretamente Observado (TOD) Da Tuberculose na Atenção Básica*. 1ª Edição. Brasília. p.12,13,36,62.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual da Recomendações para o Controlo da Tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002). *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose*. 6.ª Edição. Brasília. p.8,13,14,16
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2017). Brasil livre da Tuberculose. Plano nacional para o fim da da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília.
- NOGUEIRA, A.F. et al. (2012). “Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspetos.” *RevBras Farm*.93 (1):3-9. Niteroi, RJ, Brasil. p.7
- OLIVEIRA, A.P. et al. (2008). “Caracterização epidemiológica dos pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose em maceió- AL.” *Rev. Bras. Pneumol. Sanit*, (16) 2, p.123-128

- PAULA, H.C. e AGUIAR, A.C. (2013).“Abandono do Tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: Estudo qualitativo em uma área programática do rio de JANEIRO.” *Revista Baiana de saúde Pública*”. (37) 1, p. 192-204.
- PORTÔ, A. (2007). Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. “*Rev Saúde Pública*” 41 (Supl. 1):43-49. p.47
- PRUDHOMME, Christophe. D’IVERNOIS, Jean-François. (2000). *Dicionário das doenças para o uso das profissões de saúde*. Lisboa. p. 518
- Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra. (2012). *Guia técnico de controlo da tuberculose*. Praia. p.5,25,42,43,47,48.
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2013). *Manual de boas Práticas de Enfermagemem Tuberculose*.p23
- QUIVY, Raymond. CAMPENHOUDT, LucVan. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. p.89,192
- QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. (2010). Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - São Paulo. *Saúde soc., São Paulo*,(19) 3.
- RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa. (2005) *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Edição; Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra, p. 96
- RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde. SOUZA, Maria José. (2005). Representações Sociais de Clientes Sobre a Tuberculose: Desvendar Para Melhor Cuidar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol.9, núm. 1, abril, pp. 80-87. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. p.81

- SÁ, L.D. et al. (2007). “Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono. Texto Contexto de Enfermagem.” Florianópolis, Out-Dez; 16 (4), p. 712-8.

- SANTOS, N e ANDRADE, R. (2011). *Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. (64) p.355-8. Disponível em: <http://www.gesepfepar.com/propedeutica/anamnese/anamnese.pdf>. Acesso em: 10.01.17_12h00

- SOUZA, S.S. (2010). Representações sociais do viver com tuberculose [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/05.pdf>. Acesso em: 13.01.2017- 13h00

- SIQUEIRA, H.R. (2012). Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; (21) 1, p. 15-18.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva:

Sites consultados:

- <http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/212/1/Plano%20Nacional%20de%20Desenvolvimento%20Sanitario.pdf> Acesso em 12.01.2017_11h12
- <http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/212/1/Plano%20Nacional%20de%20Desenvolvimento%20Sanitario.pdf> Acesso em 12.01.2017_11h12
- <http://docplayer.com.br/21911529-Relatorio-odm-cabo-verde-2015.html> Acesso em: 18.01.17_11h05
- <https://www.publico.pt/2016/10/13/sociedade/noticia/portugal-registou-em-2015-a-maior-taxa-de-incidencia-da-tuberculose-na-europa-ocidental-1747278>Acesso: 20.04.17_20h20

Apêndices:

Apêndice 1- Guião de entrevista dirigida aos Enfermeiros da delegacia de saúde S.V.

Roteiro de Entrevista

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Habilitações Literárias:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional na Delegacia de Saúde de São Vicente:

ASPETOS RELACIONADOS COM A TUBERCULOSE (TB)

- 1- O que é tuberculose?
- 2- Quais são os principais sinais e sintomas da tuberculose?
- 3- Como se adquire a tuberculose?
- 4- Como é diagnosticado a tuberculose?
- 5- Qual é o impacto que a doença tem causado na nossa sociedade?
- 6- Na sua óptica o que podia mudar para facilitar o tratamento da TB?
- 7- Qual é a importância do despiste da tuberculose?
- 8- A Delegacia de Saúde de São Vicente tem condições apropriadas para fazer o tratamento da TB?
- 9- O que é que a Delegacia de Saúde de São Vicente tem feito em relação a não adesão ao tratamento da tuberculose?
- 10- Quais são as intervenções de enfermagem quando os portadores da tuberculose faltem ou interrompem o tratamento?
- 11- Mencione algumas causas que levam ao abandono de tratamento da tuberculose?
- 12- Como o enfermeiro tem feito para reduzir a incidência da tuberculose em São Vicente, bem como o abandono de tratamento?
- 13- Qual o método de educação para saúde que utilizam para os portadores da tuberculose na prevenção do abandono de tratamento?
- 14- Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros da DSSV durante o tratamento de TB

Muito obrigado pela sua colaboração

Dario Tolentino

Apêndice 2: Consentimento Informado



TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Dario Tolentino nº 3300 pretende realizar um estudo intitulado: O enfermeiro na prevenção do abandono terapêutico pelos utentes com tuberculose em São Vicente, com o objectivo conhecer o contributo dos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para a prevenção da multirresistência dos medicamentos da tuberculose, e mostrar a importância dos cuidados de enfermagem que este tem quando presta-se cuidado de saúde aos doentes.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Anexos

Anexo 1- Requerimento

*Autógrafa
24/04/17
Superior das
Enfermarias
12/04/17*

Exmo. Senhor Delegado de Saúde
São Vicente
Dr. Elísio Humberto Silva

Mindelo, 12 de Abril de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Dario Mcluhan Brites Tolentino, aluno nº 3300 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema: O Enfermeiro na prevenção do abandono terapêutico pelos utentes com tuberculose em S. Vicente.

O referido trabalho tem como objetivo geral conhecer o contributo dos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente na prevenção do abandono terapêutico pelos utentes e os objetivos específicos de Analisar a atuação dos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente na prevenção do abandono terapêutica da tuberculose por parte dos utentes; Identificar atividades dos enfermeiros da Delegacia de Saúde de S. Vicente na assistência ao utente portador de tuberculose; Apontar possíveis limitações sentidas pelos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente na prevenção do abandono terapêutica pelos utentes com Tuberculose.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros da Delegacia de Saúde.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

O requerente

Dario Mcluhan Brites Tolentino

Dario Mcluhan Brites Tolentino

Tel. 5864786
email: dmbt10@hotmail.com

*UNIV. KUP
S. VICENTE
12/04/17*